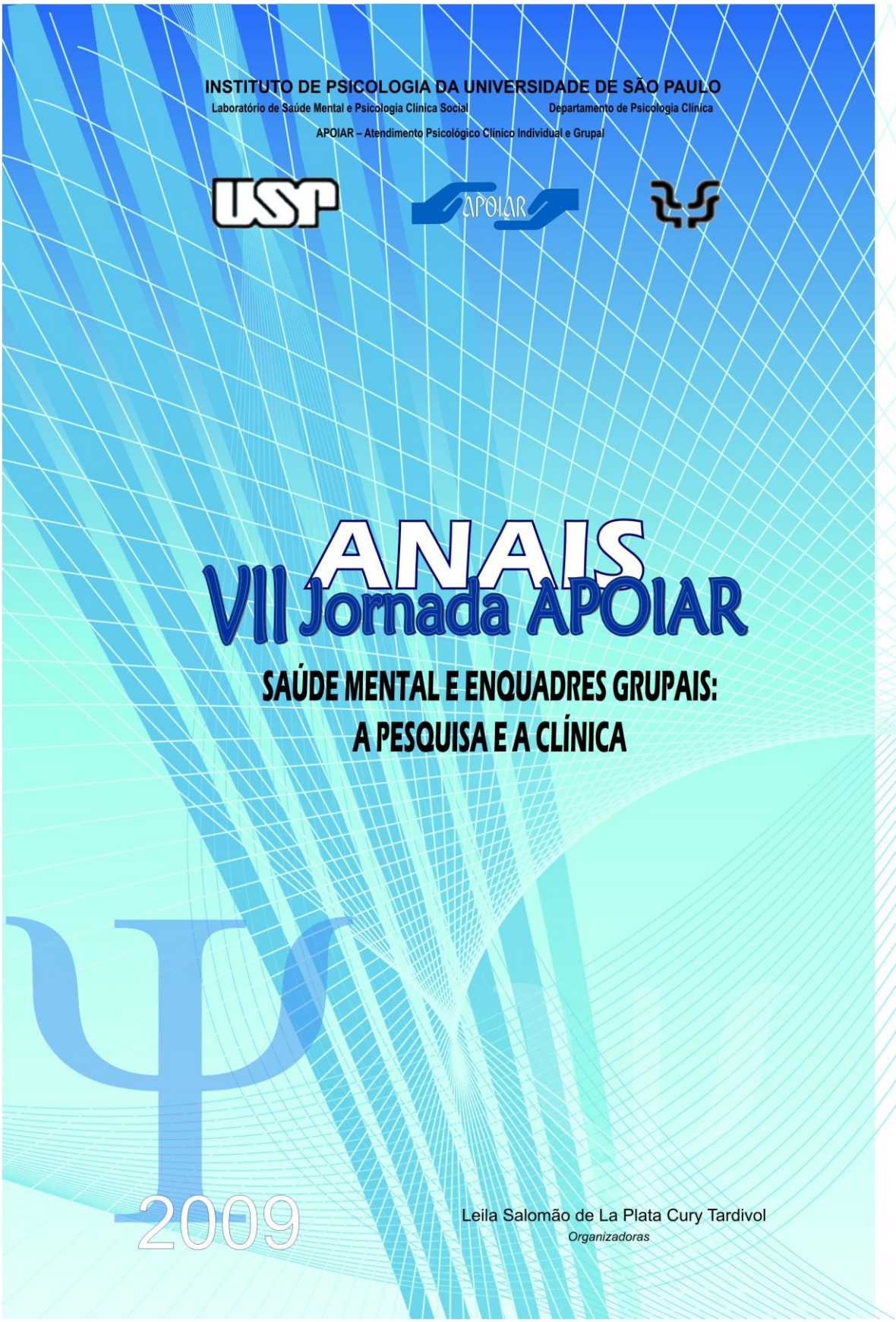

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social
Departamento de Psicologia Clínica
APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal
USP
APOIAR
ANAIS
VII Jornada APOIAR
SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS:
A PESQUISA E A CLÍNICA
2009
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivol
Organizadoras

;

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

(INCLUIR OS LOGOS: USP, IP, APOIAR)

Apoio:

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU)

Maura Books

Canto Cidadão

Curso de Especialização Psicoterapia Psicanalítica (CEPSIC)

Do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP

;

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (7.: 2009: São Paulo)

Caderno de anais da VII jornada APOIAR: saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica, realizada em 7 de novembro de 2009 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. - São Paulo : IP/USP, 2009.

CD

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-86736-40-7

1. Psicologia clínica 2. Saúde mental 3. Grupos 4. Clínica I. Título.

RC467

APRESENTAÇÃO DA VII JORNADA APOIAR
SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS:
A PESQUISA E A CLÍNICA

Esse Caderno de Anias reúne as comunicações e apresentações realizads na sétima Jornada APOIAR realizada no dia 7 de novembro de 2009, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo.

Vimos realizando um evento a cada ano, nos últimos anos, sem nenhum ônus aos participantes, contando sempre com um número muito grande de assistentes e pesquisadores. A Jornada APOIAR é desenvolvida pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP)

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).[3]

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:*

[3] 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 .

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 trabalhos e projetos desenvolvidos no APOIAR, com resultados já conseguidos. (Tardivo e Gil, 2005).[4]

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)[5]

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)[6]

No ano passado 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) 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 [7]

[4] 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.
[5] 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.

[6] 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.

[7] 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

Desde o início, contamos com a participação de estudantes de graduação em nossos projetos e propostas, os quais vem se desenvolvendo cada vez mais, de forma integrada com a Pós Graduação e com os docentes, além de pesquisadores graduados, que estão trabalhando sob a orientação e supervisão de docentes do IPUSP.

Assim, nesses eventos são sempre divulgados na forma de pôsteres esses projetos e pesquisas, configurando-se a Jornada APOIAR, também em oportunidade de intercâmbio científico.

Esse ano, além dessas participações, contamos também com trabalhos e projetos (apresentados na forma de pôsteres) de estudantes e pesquisadores de outras universidades e instituições. O evento vem crescendo a cada edição, e essa participação mais ampla de trabalhos se apresenta como uma decorrência desse desenvolvimento.

O número de assistentes às Jornadas vem aumentando em todos os anos, sendo que na VI Jornada tivemos mais de 400 inscritos, os quais lotaram as dependências do anfiteatro do Instituto de Psicologia da USP, e numa outra sala, onde os presentes participaram da Jornada em vídeo e o evento inaugurou a transmissão de eventos on line no IPUSP.

Dessa forma, chegamos à VII jornada APOIAR, cujo tema é: SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS: A PESQUISA E A CLÍNICA. Trata-se de área extremamente relevante nos dias de hoje e que nos estimula a estudar, pesquisar e a desenvolver enquadres diferenciados que se apresentem eficazes em face da intensa demanda que a clínica impõe.

O APOIAR vem buscando desempenhar sua vocação dentro da Universidade pública no que diz respeito à produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços à comunidade. A VII Jornada expressa essa tríplice vocação. Nesse ano, recebemos muitos profissionais e estudantes, além dos da USP, de outras faculdades de nosso Estado, que sempre vem às Jornadas em busca de formação e de desenvolvimento acadêmico e profissional.

A VII Jornada conta 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*. Trata-se de reconhecido pesquisador da área da Psicanálise de Grupos, que se tem destacado pelo estudo das Figuras da Perversão Social e pelo uso do dispositivo em instituições educacionais. Ele deve proferir a conferencia inicial, sobre o tema *da Psicanálise de grupos em populações de risco social.* O texto referente a essa palestra está inserido besse Caderno de anais logo após o Sumário. O Prof. Sirota participará da primeira mesa do evento, comentando e analisando projetos de pesquisa desenvolvidos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP.

A vinda do Prof. Sirota tornou-se possível a partir do apoio da Pro Reitoria de Pós Graduação e do Programa de Pós Graduação do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP. Ele ministrará uma disciplina de Pós Graduação nos dias que antecedem a Jornada, a qual também é aberta a interessados de outras instituições.

Contamos, ainda, com a participação do Prof. Dr. David Zimerman, importante psicanalista de nosso meio, que virá do Rio Grande do Sul para ministrar a conferência com o tema "*Fatores que determinam uma boa ou má qualidade de vida*". A vinda desse ilustre psicanalista e profundo estudioso da psicopatologia psicodinâmica tornou-se possível a partir do apoio da Pro Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP. Um resumo da fala do Dr Zimerman, se encontra nesse Caderno encerrando a 1ª parte, onde estão todas as comunicações orais proferidas no evento.

Haverá pela manhã um momento de apresentação dos projetos e propostas do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP, pela Profa Tânia Aiello Vaisberg, que trará uma apresentação sobre os Enquadres Diferencidados na Clínica Winnicottiana, e por nós, que pretende resumir as propostas de grupo já desenvolvidas e em projeto dentro do APOIAR. Os textos dessas comunicações estão inseridos noa Caderno na parte refrente à 1ª mesa. Temos a oportunidade de contar com os comentários do Prof, Sirota sobre essas propostas, salientando-se ai o caráter de intercâmbio científco que o evento propociará.

Logo após o tempo dedicado à visita aos pôsteres apresentados no evento, abrimos um espaço para o conhecimento de uma Organização que vem desenvolvendo trabalhos

muito importantes na área da saúde, entre outras. Trata-se da equipe do Canto Cidadão, que com seu Canto promove a saúde, em distintas instituições. Será também um momento de interação com a platéia, com canto e alegria. O texto que os apresenta está inserido nesse Caderno logo após os textos da 1ª Mesa.

Realizamos ainda uma segunda mesa, no período da tarde dedicada ao relato de experiências, a respeito de atendimentos diferenciados e em grupo. Nessa mesa temos a apresentação de propostas desenvolvidas no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, e em outras instituições universitárias, como a UNIFESP e a Universidade Metodista de São Paulo. Os textos referentes a essas comunicações compõem esse Caderno, na parte denominada 2ª Mesa.

O evento se encerra com a segunda conferência proferida pelo Dr David Zimerman como já apontamos e com a premiação dos melhores pôsteres apresentados no evento, indicados pela Comissão Científica.

Esse ano, recebemos sessenta trabalhos para serem apresentados na forma de pôsteres. Tais trabalhos foram desenvolveidos no âmbito do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clíncia Social, da USP, como nas oportunidades anteriores, de outros Laboratórios da USP, e nesse ano, há um grande número de propostas originadas em outras instituições e cidades do Estado e inclusive de fora.

Todos os trabalhos que constam desse Caderno de Anais forma avaliados e aprovados, alguns com modificações sugeridas pela Comissão Científica. Vale observar a diversidade de temas dos trabalhos apresentados e dos níveis de graduação e especialização de seus autores. Muitos são trabalhos cujos autores são estudantes de graduação ou ainda recém graduados, tendo inclusive trabalhos de conclusão de curso, resumidos entre os aqui apresentados. Nota-se a co-autoria entre esses autores e docentes, pesquisadores de maior experiência, e outros trabalhos de autores com maior nível de graduação. Dessa forma, a Jornada APOIAR se constitui nesse espaço de divulgação de trabalhos, todos desenvolvidos com seriedade, respeitando-se a experiência dos autores, propiciando um amplo e profícuo diálogo.

Resolvemos inserir os trabalhos apresentados em pôsteres pela ordem de inscrição seguindo somente essa numeração. Os temas são muito variados e a natureza dos trabalhos também, desde revisão de literatura (menos quantidade), estudos de caso,

projetos de pesquisa clínica, e ainda alguns quantitativos, descrição de serviços de atendimentos, relatos de experiências, assim os textos são inseridos de forma a que o leitor possa buscar o que interessar pelos títulos no Sumário, estando ainda todos os autores identificados pela instituição onde desenvolvem o trabalho, com endereço eletrônico, o qual propiciará possíveis contatos.

Destacamos ainda a excelência da Comissão Científica toda composta de Professores Doutores de distintas instituições universitárias do Brasil. Esses pesquisadores avaliaram os trabalhos inscritos (tendo de não aceitar alguns destes) , mas consideraram a amplitude de possibilidades, deram suas orientações para o aprimoramento da escrita científica ,e ainda, destacaram os que se apresentaram com condições de concorrer a prêmio. Os Professores que compõem a Comissão Científica estão destacados nesse Caderno, após essa apresentação.

Toda essa intensa produção deu origem a essa publicação que ora apresentamos, com ISBN, a qual, estamos certos, expressa as idéias dos distintos autores, de formações diversas, desde professores com muita experiência até estudantes que nos trazem suas reflexões, e que nos instigam em nossas reflexões e práticas.

Destacamos ainda que em função da imensa procura pelo evento, esse ano, o mesmo foi programado para ser realizado no anfiteatro da FAU, (Faculdade de Arquitetura e Urbanismo), o qual acomoda um maior número de pessoas. Mesmo assim foi necessário um segundo espaço, para ser realizada a apresentação ao vivo num telão, com os inscritos tendo direito ao material e aos certificados, bem como de apresentar trabalhos, quando para isso se inscreveram e foram aprovados. Voltamos ainda a conseguir transmitir todo o evento on line pelo iptv (iptv@usp.br) em função da disponibilidade da equipe de eventos da FAU, e funcionários de informática do Instituto de Psicologia da USP.

Temos certeza que o evento e os textos aqui inseridos, poderão, de fato, a partir de um embasamento teórico consistente, contribuir para o desenvolvimento de pesquisas, de conhecimentos teóricos, que convirjam para um mesmo objetivo: a busca de promover, no que estiver a nosso alcance, a saúde mental das pessoas envolvidas, objetivo principal da Psicologia Clínica que buscamos realizar, estimular e ampliar.

Esse Caderno de Anais referente à VII Jornada APOIAR com toda essa intensa produção bibliográfica aqui transcrita e divulgada, é disponibilizada sem nenhum ônus aos participantes, e poderá ser encontrada na Biblioteca do IPUSP e acessada como os demais Cadernos de Anais das Jornadas anteriores aos quais nos referimos no site www.leilatardivo.com.br .

Temos certeza de poder, com essa VII Jornada APOIAR e esse Caderno de Anais trazer, de fato uma efetiva contribuição.

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 VII JORNADA APOIAR

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg –

Francisco A Junior - IPUSP

Antonio Augusto Pinto Junior - UFGD

Elisa Yoshida – PUC DE CAMPINAS

Elysa Parahiba Campos - IPUSP

Gláucia Ferreira de Menezes– UFC

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Maria de Lourdes Contini - UFMS

Marlia Martins Vizotto - UMESP

Regina Gattas do Nascimento – PUC de São Paulo

Rosa Alonso – UNIFMUS; Universidade Mackenzie

Tania Granatto – PUC de Campinas

Valeria Barbieri – FFCLRP – USP

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Presidente: Leila Cury Tardivo

Membros:

Claudia Aranha Gil

Laura Granado

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Silvia Karacristo

Marcelo Soares da Cruz

Fabiana Folador

Ana Angélica Roncolato

COMISSÃO DE APOIO:

Estudantes de graduação do IPUSP - membros do APOAR

PROGRAMA – 7 de novembro de 2009

8h00 – Distribuição de material

8h30 – Abertura: Professora Titular Emma Otta Diretora do IPUSP

Profa. Dra. Leila Cury Tardivo – IPUSP (Coordenadora do Laboratorio de Saúde Mental e Psicología Clínica Social)

9h00 – Conferência Inicial: Prof Dr. André Sirota - (Universidade de Paris X) *PSICANÁLISE DE GRUPOS EM POPULAÇÕES DE RISCO SOCIAL*

Coordenação: Profa Dra. Tânia Aiello Vaisberg (PUC Campinas e IPUSP)

10h30 - Intervalo- coffee break

10h45 – 1ª MESA :*A CLÍNICA SOCIAL E PROPOSTAS DE GRUPO*

Profa Dra. Leila Cury Tardivo - *O APOIAR E OS ENQUADRES GRUPAIS*

Profa. Dra. Tânia Aiello Vaisberg - *O USO DE ENQUADRES GRUPAIS NA CLINICA WINNICOTTIANA"*

Comentários: Prof. Dr. André Sirota

Coordenação: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior (IPUSP)

12h30– 13h30 – Intervalo para almoço

13h30–14h30 - VISITA AOS POSTERES

14h30 – PROGRAMA CULTURAL – CANTO CIDADÃO

15h00 -2ª MESA: *RELATO DE EXPERIÊNCIAS – ATENDIMENTOS EM GRUPO*

Doutoranda Claudia Aranha Gil (IPUSP) - *OFICINAS DE CARTAS, FOTOS E LEMBRANÇAS EM GRUPOS COM IDOSOS*

Doutoranda Fabiana Folador (PUC Campinas)- *ATENÇAO PSICOLOGICA CLINICA: OS ENQUADRES SER E FAZER*

;

Doutoranda Aline Schoedl (PROVE /UNIFESP): *ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPOS A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E ESTRESSE EM PSICOTERAPIA INTERPESSOAL*

Profa Dra. Marilia Vizzotto (UMESP): *GRUPOS COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM DELEGACIAS DA MULHER*

Coordenação: Prof Dr Antonio Augusto Pinto Junior UFGD

16h30 – Intervalo- coffee break

16h45 – Conferência de Encerramento: Prof Dr David Zimerman (UFRS/SBPRS) *FATORES QUE DETERMINAM UMA BOA OU MÁ QUALIDADE DE VIDA*

Coordenação: Profa Dra Leila Cury Tardivo

17h30 - Entrega dos prêmios aos melhores trabalhos apresentados em pôster.

18h00 – Encerramento

SUMÁRIO

			página
	APRESENTAÇÃO	Leila Cury Tardivo	04
	PROGRAMA		12
CONFERÊNCIA DE ABERTURA	PSICANÁLISE DE GRUPOS EM POPULAÇÕES DE RISCO SOCIAL	Andre Sirota	22
1ª MESA:A CLÍNICA SOCIAL E PROPOSTAS DE GRUPO			36
	APOIAR E OS ENQUADRES GRUPAIS	Leila Cury Tardivo	37
	O USO DE ENQUADRES GRUPAIS NA CLINICA WINNICOTTIANA	Tania Aiello Vaisberg	48
PROGRAMA CULTURAL	CANTO CIDADÃO	Felipe Mello e Roberto Ravagnani	62
			67
2ª MESA: RELATO DE EXPERIÊNCIAS – ATENDIMENTOS EM GRUPO	OFICINAS PSICOTERAPÊUTICA DE CARTAS, FOTOS E LEMBRANÇAS EM GRUPO COM IDOSOS	Claudia Aranha Gil Tânia Aiello-Vaisberg Leila Cury Tardivo	68
	ATENÇAO PSICOLOGICA CLINICA: OS ENQUADRES SER E FAZER	Fabiana Follador e Ambroso Tânia Aiello Vaisberg	82
	ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPOS A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E ESTRESSE EM PSICOTERAPIA INTERPESSOAL	Aline Ferri Schoedl, Rosaly Fereira Braga, Mariana Cadrobbi Pupo, Fernando Sargo Lacaz, Marcelo Feijó de Mello	90

;

	MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: BREVES APONTAMENTOS SOBRE AS VICISSITUDES DO TRABALHO INDIVIDUAL E GRUPAL EM CLINICA-ESCOLA	Marilia Martins Vizzotto Maria Geralda Viana Heleno	98
CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO	FATORES QUE DETERMINAM UMA BOA OU MÁ QUALIDADE DE VIDA	David Zimerman	107
	POSTERES		114
1	GRUPO PSICOTERAPÊUTICO PÓS-ADOÇÃO: UM AUXÍLIO PARA A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS FAMILIARES	Denise Sanchez Careta; Ivonise Fernades da Motta	115
2	A GUARDA COMPARTILHADA NA VISÃO DE PSICÓLOGOS DA VARA DE FAMÍLIA	Mauricio Martins Ferreira	124
3	TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUIMICA: O TEATRO COMO UMA FERRAMENTA TERAPÊUTICA	Jane Pereira Bento Joelma Molica Lourenço Ferreira	134
4	NÚCLEO DE ABRIGOS – LAPECRI USP: DA UNIVERSIDADE PARA A COMUNIDADE	Denise Careta; Ivonise Fernades da Motta	136
5	ATIVIDADE FÍSICA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO	Maria Cristina Zago Antonio Terzis	149
6	GRUPO DE CAMINHADA: O REENCONTRO COM A REALIDADE EXTERNA COMPARTILHADA	Maria Cristina Zago e Bruneide Padilha	161
7	CUIDANDO DE QUEM CUIDA – UMA EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO FAMILIAR DO CAPS AD DE TAUBATÉ-SP	Adriana Aparecida Pereira da Silva; Luciane Ogata	167
8	A SAÚDE MENTAL DOS PAIS/CUIDADORES: GRUPOS DE APOIO EM ENFERMARIAS DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA INFANTIL	Taciana Cristina Carvalho Ragazzi Angela Cristina Pontes Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo	168
9	DESCONSTRUINDO O PACIENTE IDENTIFICADO NA PSICOTERAPIA FAMILIAR: O USO DO DESENHO COMPARTILHADO E SUA ANÁLISE DO LUTO	Sílvia C.S.Karacristo Viviane Manfre Sonia Nukui Suzi Akemi Ando Eliana Siqueira Leila Cury Tardivo	173
10	**EXPERIÊNCIAS COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES ATRAVÉS DOS MITOS GREGOS**	**Cybele Carolina Moretto** Antonio Terzis	**179**

;

11	PESQUISA E REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOLOGIA DO ESPORTE E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO ESPORTE ADAPTADO	Clélia Marta Casellato de Souza e Juliana Y. Sato Ho; Eliane Lemos.	191
12	OFICINAS EDUCATIVAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE ADOLESCENTES	Juliana Canedo Maciel Tassiane C. Santos de Paula	204
13	O ADOLESCENTE COM CONDUTA ANTISOCIAL E SUA FAMÍLIA: ESTUDO COMPREENSIVO E CONSULTAS TERAPÊUTICAS	Lúcia de Mello Senra do Valle Leila Cury Tardivo	214
14	**TABAGISMO: MUITO ALÉM DO SIMPLES ATO DE FUMAR**	Rita de Cássia Santos Amaral Talita Soares Kátia Varela Gomes	221
15	PACIENTES MIGRANTES PARA UMA GRANDE CIDADE: COMPREENSÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	Márcia Aparecida Isaco de Souza Maria Aparecida Mazzante Colacique José Tolentino Rosa	230
16	ATENDIMENTO A IDOSOS: A UTILIZAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM PACIENTE COM QUEIXA DE BRUXISMO	Bernadete B. S. Imoniana Eliana de Siqueira Lídia Rodrigues Schwarz Leila S. de La Plata C. Tardivo	238
17	CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DE UMA PSICOTERAPIA FAMILIAR PARA UMA PSICOTERAPIA DE CASAL	Suzi Akemi Ando Sílvia C.S.Karacristo Viviane Manfre Sonia Nukui Eliana Siqueira Leila Cury Tardivo	244
18	**O BRINCAR COMO EXPERIÊNCIA DE REVIVÊNCIA PARA PACIENTES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA CRUZ**	Daniella Rodrigues Lopes Fernanda Bonadia S. Lolato Talita Morgan A. Cavalheiro Tatiane Guimarães Pereira	255
19	AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS COM BAIXA ESCOLARIDADE	Ana Maria Thomé Serrao, V.T., Jungerman, F.S., Lúcia, M.C.S., Scaff, M., Miotto, E.C	266

;

20	**O PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: A FALA E O OLHAR QUANDO O ENCONTRO É POSSÍVEL**	Maria Suzana Carlsson Ribeiro Isana Marília Ribeiro Antonio Geraldo de Abreu Filho Ana Luiza Steiner Abrahão Augusto J. Quadros Helga Cristina Almeida da Silva Acary Souza Bulle Oliveira Leila Cury Tardivo	278
21	**O 'DEVIR' DO AMOR E DA SEXUALIDADE NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO**	Andrea Soutto Mayor Ester Santiago Duarte Carqueijeiro Antunes Thiago de Almeida	**285**
22	**A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA VISÃO DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA**	Beatriz Agassi Vieira Denis Marcelo de Carvalho Miriane Silva Funaro Xênia Bastos Gonçalves Milone Cely Blessa	293
23	OS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS EMERGENTES NA RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRIAGEM	Carolina Lima Brandão de Oliveira, Gildete Maria da Silva Maria Salete L Legname de Paulo	303
24	PERFIL DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE VOTORANTIM - SP:	Melanie Louise Rocha Monteiro Furquim Luisa Ester Barbalho de Freitas Rodrigues Patrícia de Paulo Antoneli Paulo Lima Beatriz Agassi Vieira	**315**
25	O BEBÊ NÃO EXISTE... E A MÃE NÃO EXISTE DE FORMA ISOLADA	Benedita Torres Rodrigues Denise Sanchez Careta Ivonise Fernandes da Motta	325
26	DEPRESSAÕ E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE SÃO PAULO	Cleny Labate , Ivan Rabelo Claudia A Gil Leila Cury Tardivo E cols.	332
27	Terapia Familiar / Terapia Comunitária: Um relato de experiência do ABCD e seus impactos	**João Munhoz** **Kenya Paula Gonsalves da Silva**	**346**

;

	no indivíduo e na comunidade		
28	**A Utilização de Grupos e seus formatos na clínica da Terapia Ocupacional**	Jupira Carvalho da Silva Talita de Souza Marisa Sâmea	**353**
29	MULHER IDOSA E A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE	Ingrid da Cruz Dos Santos	364
30	DO QUARTINHO PARA A TOCA DOS LEÕES: UMA EXPERIÊNCIA COM PROFESSORES ENVOLVIDOS COM A INCLUSÃO ESCOLAR A PARTIR DE UM ENQUADRE CÊNICO DIFERENCIADO	Katia Panfiete Zia Fabiana Follador e Ambrosio Tânia Maria José Aiello Vaisberg	373
31	A COMPREENSÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB O OLHAR DA INTERDISCIPLINARIDADE	Paola Marmorato Ana Lúcia Nogueira Braz	373
32	TRABALHO ENVIADO: RELAÇÕES FAMILIARES E DROGADIÇÃO ANALISADAS A PARTIR DO LIVRO “MEU NOME NÃO É JOHNNY	Jario B Meneses Jairo Ferrandin	383
33	O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E SEU ALCANCE TERAPÊUTICO	**Rosélia Bezerra Paparelli** **Daniele Aparecida Giamass** Regina Altina Da Silva	404
34	COMO O PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA ENFRENTA O ATENDIMENTO A PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO	Luís Fernando Bezerra Paparelli **Rosélia Bezerra Paparel**li	416

;

35	PLANTÃO PSICOLÓGICO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E APERFEIÇOAMENTO PESSOAL	Viviane da Silva Ferrari Maria Rita Lerri Mara Aparecida Tavares Galvão **Edilaine Helena Scabello**	427
36	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE GRUPO VIA INTERNET: UMA PROPOSTA DE PESQUISA	Carla Pontes Donnamaria, Antonios Térzis	438
37	A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA DE CONTINUIDADE PARA ODESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DE UMA CRIANCA EM SITUACÃO DE ABRIGAMENTO	**Débora Vilma Neves de Sousa** **Denise Sanchez Careta** **Ivonise Fernandes da Motta**	**445**
38	REGRESSÃO CLÍNICA E SUA RELAÇÃO COM A DISPONIBILIDADE AMBIENTAL: RELATOS DO TRABALHO COM CRIANÇA ABRIGADA	Robson Thiago Barbosa Nakagawa Denise Sanchez Careta Ivonise Fernandes Da Motta	453
39	**REFLEXÕES DOS TUTORES DO PROJETO APOIAR SOBRE SUAS VIVÊNCIAS NOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES AOS PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)**	Antonio Geraldo de Abreu Filho Ana Luiza de Figueiredo Steiner Leila Cury Tardivo Colaboradores	463
40	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:EXPERIÊNCIAS DE UM TRABALHO EM EQUIPE	Patrícia de Paulo Antoneli Alessandra Karina Salles Santos Ariane Moret Cintia P. M. Ramos Pedro Gabriel Lopes Fernandes	469
41	A DEPRESSÃO EM MULHERES PORTADORAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.	Sérgio Spezzia Cintia Silvestroni Limberte, Elizy Salete de Jesus Calheiros João Munhoz	480
42	ESTRESSE LABORAL EM GERENTES DE INSTITUIÇÃO BANCÁRIA: UM NOVO OLHAR	Neide Maria Aranha Dinael Corrêa de Campos	485
43	PERFIL COGNITIVO DE PESSOAS PORTADORAS DA SÍNDROME DE NOONAN	Carolina Rabello Padovani Francisco Baptista	495

;

		Assumpção Junior	
44	**VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COMPREENDENDO AS REAÇÕES MATERNAS**	Giane Delmouro Proença Gislaine Lima da Silva Margarida Aparecida da Silva Yo Shirley Caroline Bolonha Hassan – Cely Blessa	504
45	**MORADORES DE RUA EM ALBERGUE: A QUESTÃO DA HUMILHAÇÃO SOCIAL E DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS**	Cristiano Rondinelli de Almeida Joceleik Patrícia Alves do Carmo Laura Carmilo Granado	514
46	APOIAR E EU VIVO REMANDO: RESULTADOS DE DINÂMICA INTEGRATIVA	Eliane Lemos Fernanda Suzuki Karen Furlan Juliana Sato Marcelo Vieira Matias Renato Costriuba de Moura Silvia Beier Hasse Leila CuryTardivo	524
47	**PROJETO DE CULTURA E EXTENSÃO: OFICINA DE MEMÓRIA E AUTOBIOGRAFIA**	Kátia Cherix Livea Pires Martins de Oliveira Karen Furlan Mariana Couy Orientadora: Leila Cury Tardivo	538
48	GRUPO PARA FAMILIARES DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO – RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.	Letícia Cintra Matsuzaka, C	543
49	**O BRINCAR COMO EXPERIÊNCIA DE REVIVÊNCIA PARA PACIENTES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA CRUZ – SALTO DE PIRAPORA/SP**	Fernanda Bonadia Souza Lolato	545
50	**REFLEXÕES ACERCA DA EXPERIÊNCIA COM OFICINAS TERAPÊUTICAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**	**Ana Angélica Roncolato**	**546**
51	RELATO DA EXPERIÊNCIA COMO TUTORAS A UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA NO CONFRONTO ENTRE ONIPOTÊNCIA E IMPOTÊNCIA	Iana Ferreira Aline Closel Ana Luiza de Figueiredo Steiner	563

;

		Antonio Geraldo de Abreu Filho Leila Cury Tardivo	
52	**PROJETO TUTOR: RELATO DA EXPERIÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO COMO FUTURAS TUTORAS**	Lívia Ciscato Marcela Peters Cremasco Gonçalves Ana Luiza de Figueiredo Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Leila Cury Tardivo	572
53	**PROJETO DE PESQUISA DE GRUPO DE ESCUTA PSICOTERÁPICA AOS PAIS DE PORTADORES DE TDAH.**	Déa E. Berttran Ivonise Fernandes da Motta Dagmar Menichetti Dr. Wimer Bottura Ana Paola Gurgel Lourdes Pastorelli	578
54	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SEGUNDO O MODELO DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS	Marcelo Soares da Cruz Daniela Adachi Guimarães Silvia Lopes de Menezes Caio Mantese de Souza Luiz Tadeu Gabriel Filho	589
55	**ENCONTROS TERAPÊUTICOS NO ESTILO CLÍNICO SER E FAZER NO ATENDIMENTO A CASAIS COM DIAGNÓSTICO DE INVIABILIDADE FETAL**	Walkiria Cordenonssi Cia Tânia Aiello-Vaisberg	599
56	**NARRATIVA DE UM ENCONTRO TERAPÊUTICO EM UM CASO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS E PERSONALIDADE *BORDERLINE***	Marcelo Soares da Cruz Leila Cury Tardivo	609
57	OFICINAS TERAPÊUTICAS: UMA POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Karina Soares Santos Telma Maria Duarte Rodrigues	618
58	**A INCLUSÃO DE ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS A PARTIR DA TEORIA DA MODIFICABILIDADE COGNITIVA ESTRUTURAL DE REUVEN FEUERSTEIN**	Ida Janette Rodrgues Mirleide de Assis Fática	627
59	**INCONSCIENTE NAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**	Ida Janette Rrodrigues Amanda Marques Mafra	637
60	DESAFETAÇÃO: QUESTÕES TEÓRICAS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO ÂMBITO DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA	Juliana pereira landim clemente	647
61	APLICAÇÃO DA ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA ÀS RELAÇÕES FAMILIARES: UM ESTUDO PILOTO	Janaina Coniaric Kayoko Yamamoto	657

;

62	ESTRATÉGIA GRUPAL EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UNINDO ESFORÇOS PARA POTENCIALIZAR A VIDA	Manoel Antônio dos Santos	662
63	PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: CASO CLÍNICO	Manoel Antônio dos Santos Lívia Maria de Araujo Cunha Bueno	670

;

CONFERÊNCIA INICIAL

PSICANÁLISE DE GRUPOS EM POPULAÇÕES DE RISCO SOCIAL

Prof Dr. André Sirota

Mise en crise et crise dans un groupe institutionnel

- I - Préliminaire

Nous vivons, travaillons et nous formons dans des groupes ou organisations et des cadres collectifs ou institutionnels emboîtés de plus en plus complexes. Dans ces ensembles sociaux, nous sommes confrontés à autrui et à nous-mêmes en situation sociale, dans une tension entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non-soi. Dès que nous sommes en relation, nous ne pouvons jamais complètement ni comprendre ni nous délivrer des tensions énigmatiques que nous éprouvons ou ressentons générées par la mise en résonance des données qui nous viennent du dehors avec celles qui viennent du dedans. Si nous restons sans comprendre grand chose à ces tensions, ou si nous leur donnons une explication fausse, nous risquons de nous en intoxiquer et d'en intoxiquer les autres, d'où la nécessité de se mettre à penser ce qui advient dans des lieux spécifiquement conçus pour cela pour les différents espaces sociaux où se déploie notre vie.

Ni le processus de construction et de représentation de soi, de l'autre, du social avec ses objets matériels, culturels et symboliques, ni l'édification de sa relation au monde extérieur ne vont de soi, ainsi que le processus de fantasmatisation relatif à ces constructions. Si le monde extérieur, son patrimoine culturel et symbolique, les prédécesseurs qui le soutiennent nous sont indispensables pour nous étayer, nous identifier, si toute scène sociale est une aire potentielle de jeux à plusieurs, ce sont des conflits, des rivalités, des mises en scènes du fantasme qui s'y développent, tantôt stimulants, tantôt destructeurs jusqu'à l'abjection.

Lorsque les souffrances deviennent intenses dans le lien institutionnel, ou professionnel,

que les coopérations sont difficiles, empêchées, sinon combattues avec la dernière énergie, tant par certains sujets, que par des sous-groupes, c'est vraisemblablement que la perversion narcissique ou psychosociale opère. Quand tel est le cas, on peut repérer des conduites et fonctionnements individuels ou collectifs destructeurs. Bien des conduites attaquent le lien — ou sont vécues comme tel — attaquent l'objet, le moi, les sentiments du semblable, de la reconnaissance, les communications, la confiance en soi, en l'autre et dans les cadres sociaux. Portant atteinte au lien, ces conduites entravent également la mobilisation sur la tâche de base des membres d'un groupe et donc la fécondité du groupe. Un groupe et ses participants ainsi empêchés d'être en relation et de faire est bien vite mis en crise, et la pérennité de son existence sociale et politique est compromise.

C'est pourquoi, ces conduites individuelles et collectives doivent être objets de recherche, que l'on pense à leurs effets sur le lien et leurs fondements, aux attaques contre les liens ou aux figures psychopathologiques individuelles et groupales de ces attaques, aux conflits institutionnels et souffrances entraînées, aux entraves aux solidarités et coopérations, aux médiations régulatrices, ainsi qu'aux cadres sociaux et techniques et théoriques de recherche propices pour créer les conditions de leur analyse et de leur élaboration. Nous avons donc beaucoup à faire dans un engagement et un renoncement aux illusions de l'instrumentalisation qui ne peuvent qu'accentuer un processus en cours de désubjectivation et de déshumanisation qui vient contrecarrer le mouvement toujours en cours de civilisation progressive, depuis que nous sommes entrés dans l'ère hypermoderne.

L'un des caractères de la société hypermoderne est son impermanence. En cela, elle présente un caractère commun avec le système politique totalitaire lequel est notamment caractérisé par l'absence de repère stable d'identification puisque ce qui est dit vrai un instant peut être déclaré n'avoir jamais existé l'instant d'après, plus jamais nommé. La société hypermoderne en faisant miroiter comme salvateurs, la mobilité, la flexibilité, le mouvement, la vitesse, le zapping, l'illimité, le tout est possible tout de suite, l'accès à tout de chose immédiatement, excitant l'omnipotence infantile en chacun, transforme en valeurs enviables et « réelles » ces entités imaginaires.

C'est ce fond de crise, dont l'incertitude de l'avenir et l'impermanence sont des

caractéristiques majeures, qui est désormais l'état normal et qui, vraisemblablement n'aura pas de fin qu'adviennent, ici ou là, dans les groupes et les institutions des crises locales.

- II - Être à la croisée des chemins ?

Dans son acception la plus courante actuelle, pour des individus, groupes ou organisations, le terme de crise, quand il est utilisé, rend compte d'un état, plus ou moins soudain, plus ou moins durable, larvé ou manifeste, où individus, groupes ou organisations se trouvent mis en demeure d'opérer un choix, alors qu'ils sont à la croisée de deux ou plusieurs chemins possibles, dont ils ne maîtrisent pas toutes les données, dont les horizons sont peu clairs et les aboutissements non assurés, d'où la difficulté renforcée du choix.

C'est le choix qui est censé permettre de sortir de la période de crise. Dans ce lieu carrefour, chaque sujet concerné se trouve confronté à l'incontournable instant du choix entre plusieurs perspectives ouvertes devant lui et apparemment accessibles, l'une excluant toutefois l'autre. Certes, l'instant du choix peut mettre l'individu devant un choix essentiel, vital, et en outre, sans retour en arrière possible. Mais pas nécessairement destructeur. Sauf, si le choix ne correspond qu'à la mise en scène d'un scénario pervers-pervertissant qui correspond à une procédure perverse appliqué par un agent d'un système socio-politique pervers qui impose à ses victimes d'être complice d'un crime et de sa propre chute de la dignité d'être humain. Un tel pseudo-choix ne peut être qu'imposé par un faussaire en situation extrême (Cf. le livre de William Styron, *Le choix de Sophie*.)

Dans ce moment crucial où il ne s'agit pas d'être associé, de quelque manière que ce soit, à la décision de tuer cruellement et sans aucune raison quelqu'un, s'il y a état de crise, c'est qu'il s'agit ni plus ni moins pour le sujet "de brûler ses vaisseaux", s'orienter vers l'aval, sans remontée possible vers l'amont. Choisir une direction, c'est renoncer aux autres, alors que, s'ouvrent justement devant lui, juste une minute encore avant celle du choix, plusieurs voies possibles à emprunter, à poursuivre.

C'est en ce sens aussi que l'on peut évoquer au passage *la crise d'adolescence*, le passage adolescent. Le processus d'adolescence est processus de crise. Cette période de

crise représente un entre-deux pour le sujet qui balance entre l'avant et l'après, alors qu'il sait qu'il doit faire un choix, celui de grandir, et d'accepter de renoncer aux bénéfices du statut d'enfant, alors qu'il aspire à bénéficier de l'accès aux "droits" supposés de l'adulte, tout en continuant à vouloir jouir du statut et des "droits" de l'enfant… Tant que l'adolescent reste balloté e façon très ambivalente entre le statut adulte et le statut d'enfant et qu'il ne parvient pas à choisir, il reste en crise.

- III - De la croisée des chemins à la nasse

Dans certaines occurrences, lorsque les membres d'une organisation ou d'un groupe expriment le sentiment de vivre une crise collective,

groupale ou institutionnelle, si l'on a recours à la notion de crise pour rendre compte de ce qui se vit et se dit, une autre acception doit être associée au mot crise, Dans les occurrences auxquelles je pense, l'idée de crise tend à représenter autre chose que l'heure du choix et du renoncement et la difficulté. Il ne s'agit pas d'un état ou d'une période transitoire et que l'on fait durer parfois, simplement pour reculer l'heure du choix qui peut encore attendre ou qu'il faut savoir attendre. Il s'agit d'un autre état et d'un autre contexte. Il y a crise lorsque le groupe est dans une nasse dont les membres ont l'impression de ne pouvoir jamais sortir, sauf au prix de renoncements inacceptables puisqu'ils portent directement atteinte à la dignité d'être humain, sinon à son existence même. Depuis quelques décennies en effet, concernant la vie des organisations et des institutions, sinon des groupes sociaux entiers, alors que le mot "crise" est sur toutes les bouches, le sens de ce terme a évolué. Ainsi, s'est progressivement imposé celui d'état critique et durable, installant le sentiment d'être dans une impasse critique et non plus au croisement de différents passages. L'individu se trouve après un événement qui a déjà eu lieu, ou après une décision qui a déjà été prise. Ou bien il se trouve dans une situation où, la crise, ou son événement révélateur plutôt que déclencheur, va irrésistiblement, sinon parfois irrémissiblement, survenir, dans un avenir immédiat. Lorsque l'état de crise est là, émergé, installé, c'est qu'il y a désormais une ligne de démarcation entre avant et un après. Une rupture s'est produite entre des protagonistes, ou entre des "parts" de soi, vécue comme irrévocable, sinon catastrophique et irréparable, selon les conséquences en chaîne de celle-ci.

Avec J. Guillaumin, (1979)[1], on peut considérer trois lieux possibles de la crise, toujours vraisemblablement co-présents, même si l'on ne peut aisément les appréhender tous en même temps, dans le même discours

Il y a le lieu du sujet, de l'individuel, de l'en soi, de l'intrapsychique" ou l'ordre de *l'intra-subjectif* (J. Puget, 1989a et b).

Il y a le lieu de l'entre deux personnes : le couple ou le petit groupe de quelques proches, comme le noyau familial, nous sommes dans le lieu de l'inter-psychique ou de *l'intersubjectif* (J. Puget, 1989).

Enfin, il y a le lieu d'un ensemble de personnes, en nombre plus ou moins large ou restreint, inscrit dans un ensemble social et il s'agit là de l'ordre groupal ou trans-subjectif (J. Puget, 1989).

Il y a crise quand le sujet, ou tous les sujets, ou membres d'un groupe, d'une organisation, ou presque, c'est-à-dire les protagonistes directs ou centraux de la crise, ressentent qu'un événement a eu lieu, ou qu'il est imminent, qu'un séisme va se produire, comme irrésistiblement. Toute se passe comme si un tremblement de terre, une éruption volcanique, au sens métaphorique seraient annoncés ou se seraient déjà produits. Cet événement, sur le point de se produire ou réalisé, prend la valeur de catastrophe ou d'imminence catastrophique ; il va survenir sans retour, sans pouvoir être arrêté. Il crée, une ligne de démarcation, installe le sentiment définitif que rien ne peut plus être comme avant, que le Rubicon va être ou a été franchi.

- (Le Rubicon est une petite rivière débouchant dans l'Adriatique, entre Ravenne et Rimini ; elle séparait l'Italie de la Gaule cisalpine. César, après la conquête des Gaules, n'hésita pas à franchir cette rivière à la tête de son armée, malgré un sénatus-consulte qui déclarait traître à la patrie et vouait aux dieux infernaux quiconque franchirait cette rivière avec une légion ou même une simple cohorte…

  " Franchir le Rubicon " veut dire prendre une décision suprême et qui par les actes qu'elle entraîne est irrévocable qui doit mener irréversiblement au succès

;

ou au désastre.)

Que le quasi traumatisme soit déjà advenu ou non, que le Rubicon ait déjà été franchi par un protagoniste et que l'événement critique ait déjà eu lieu, ou bien qu'il soit vécu comme imminent, et que domine cet état de certitude de l'imminence catastrophique, ou de l'imminence du succès sinon du triomphe, pour l'un des protagonistes au moins, différentes caractéristiques peuvent être observées par un tiers qui écoute celui ou ceux qui sont narcissiquement blessés, atteints par la crise :

□ - on se demande si ce qui est arrivé est arrivé, si le passage à l'acte ayant provoqué la cassure d'un accord inconscient ou tacite ou explicite a bien eu lieu ; on répète en boucle le récit de l'accident, potentiellement analyseur mais non élucidé, par lequel le lien de confiance a été rompu, pour se persuader qu'il est bien arrivé, qu'on n'a pas rêvé ou cauchemardé, ou en espérant au contraire son démenti, sans que ce récit puisse être déposé et transformé ;

□ - mais, s'il y a bien confirmation des faits et acceptation et reconnaissance de la réalité, le sentiment de l'irréparable qui a été "commis" s'installe ;

□ - le lien antérieur de confiance est rompu, les conventions explicites et les pactes dénégatifs (Kaës) sont résiliés ;

□ - la communication ne passe plus. On ne peut plus se comprendre entre les créateurs de l'évènement critique et de l'acte de rupture du contrat tacite ou explicite et les autres en position **de victimes** surprises, sidérées, qui continuaient à respecter ce contrat et à le défendre ;

□ - "l'autre" celui qui a rompu conventions et pacte reste insensible ou inaccessible au sens des protestations et ses souffrances de ses "victimes" …

□ - chacun a le sentiment très fort que la relation ne peut être que très difficilement

;

restaurée, réaménagée et réinstallée ; la haine augmente, elle menace de se transformer en hostilité pure ;

□ - bien que beaucoup d'énergie est dépensée pour panser les blessures, les victimes actives ou passives ont le sentiment de la dépenser en pure perte, tant la situation est confuse, ressentie comme sans issue acceptable et enviable, tant chacun se sent embolisé et empêché de penser, pour ceux au moins qui ne sont pas coupés de leur intimité ou de leur monde interne.

…

{Ceci caractérise sans doute l'intra, comme l'inter ou le trans-subjectif, et révèle notamment la division du sujet ou celle du moi. (R. Laing, 1959)[2]}

- IV - Crise et groupe – Différentes occurrences de crises

Dans un groupe, la crise devient émergente, (par exemple), quand un acteur au moins de celui-ci, prononce une parole transgressive, passe donc le Rubicon ; il surprend, sidère par son culot, son outrance, sa violence, donne des sentiments d'oppression, de fin de quelque chose sinon du monde, donne des sentiments d'impuissance aux destinataires de cette parole.

Il y a crise groupale, si cette parole provoque un effet de groupe, même si ceci est momentané. La durée de l'effet de crise n'est pas nécessairement anticipable. L'effet de crise est provoqué et s'instaure généralement dans un groupe quand quelqu'un convoite, inconsciemment ou non, une nouvelle place qu'il n'a pas et n'est pas en mesure d'occuper valablement selon les autres. Celui qui est dans ce mouvement et convoite une nouvelle place qu'il ne peut soutenir dans une configuration ou une organisation sociale n'hésite généralement devant aucune transgression pour réclamer son dû, et plus exactement ce qu'il estime comme un dû, ou pour empêcher au moins que quelqu'un d'autre n'y accède.

Ce qui est convoité par le sujet provocateur de crises, selon une proposition théorique

que j'avance, est la place sociale fantasmée comme susceptible de le mettre enfin au centre d'un réseau de sollicitations sociales enviables, gratifiantes, dont il aurait, bien entendu, l'exclusivité. Cette place est subjectivement conçue comme devant lui fournir enfin la reconnaissance supérieure sinon suprême et unique, et jusqu'ici manquante à son palmarès, mais attendue, méritée et due selon lui seul, tout autre en étant écarté.

La vie des individus et des groupes est histoire ou alternance de rapprochements, de solidarités et de dynamiques collectives constructives, autant que de rivalités, d'oppositions, de ruptures et de destructions successives, de liaisons et de déliaisons. Alliances suivies de ruptures provoquent des crises ou en résultent. Qu'elles concernent les relations interpersonnelles, la vie intérieure des individus, ou celle des groupes et des rapports sociaux ou de travail, les crises peuvent éventuellement être surmontées, dans les meilleurs des cas, grâce à un travail de parole, d'élaboration, ou de symbolisation, nécessitant des lieux spécifiques pour penser et transformer en objet de culture des objets d'envies, de rivalités, de litiges et de souffrance. Ce sont des lieux intermédiaires que Winnicott appelle la troisième aire d'expérience où aire de localisation de l'expérience culturelle. Là, la parole peut advenir en finissant par permettre au sujet de trouver, d'élaborer et ré-introjecter en lui en se transformant ce qu'il a d'abord et provisoirement déposé hors de lui.

Le travail de dépassement a donc partie liée avec le processus créateur et de sublimation, aussi croise-t-il sur son chemin les traverses du narcissisme et de ses enjeux et ceux de la perversion psychosociale, par analogie et distinction avec les perversions psychosexuelles.

Le travail de dépassement, qui est aussi travail de deuil, est travail de rupture et de continuité à la fois, c’est-à-dire de déliaison et de reliaison nouvelle nécessaire avec les figures ou objets antérieurs d'attachement et d'investissement.

Toutefois, plutôt que l'acceptation de la perte qu'impose toute rupture quant elle s'accompagne d'une transformation, le sujet peut préférer ne pas voir, entretenir en lui la nostalgie du paradis perdu, ou vouloir réintégrer un groupe originaire idéal, épargnant des crises, des inconforts des entre-deux ou des souffrances du passage, entre l’avant et l’après,

pour éviter d'éprouver les tensions, dont on ne se délivre pas, entre le dedans et le dehors.

Au cours de leur histoire et sans raison externe majeure nécessaire ou immédiatement perceptible, et sans un travail d'analyse et d'élaboration, les groupes dont les modèles d'organisation laissent une part possible au mouvement, - à l'initiative de chaque membre, autorisant pour cela la parole de chacun, - peuvent connaître des crises plus ou moins fortes sinon plus violentes que dans les groupes réglés par un protocole hiérarchique. Toutefois, dans ces groupes la dérégulation peut être des plus extrêmes quand le chef disparaît brutalement et qu'il a incarné de son vivant, et des décennies durant, une figure plus ou moins mythique ou déifiée, par la terreur le plus souvent, et que sa succession n'a pas été parfaitement anticipée et réglée auparavant..

Les crises installant les groupes dans des impasses peuvent se produire en différentes circonstances collectives. Elles sont identifiables lorsque chacun a le sentiment intense et validé que plus rien ne va de soi, et que pour les uns tout est menacé sinon perdu, et que pour quelques-uns tout est permis. Selon les observations que l'on peut faire dans les organisations, ces crises sont susceptibles de se produire :

lors d'une réorganisation qui demande aux acteurs de changer leurs places et leurs rôles respectifs, de procéder à des réajustements respectifs des places, à une redéfinition des rôles, même s'il s'agit de les élargir et non de les restreindre ; et tout changement de rôle ou de fonction modifie la configuration d'ensemble ou système des distinctions et la surface institutionnel ou de pouvoir de chaque acteur ;

lors d'une période de succession d'une personne occupant une place centrale :

ou lors d'une période de remplacement d'un membre d'une équipe occupant jusqu'ici une place parmi d'autres mais dont le remplacement pourrait, selon le choix qui sera fait, favoriser soit un maintien soit un renversement d'un rapport de forces existant entre différents sous-groupes. ;

lorsque deux personnes veulent soudain occuper exactement la même place, non à l'occasion d'un concours relativement à une place vacante, mais lorsqu'une place

;

n'est pas vacante, qu'il y a donc un occupant de cette place et qui ne souhaite pas nécessairement la quitter, mais qui devient convoitée par un autre, qui ne voit pas pourquoi, ce ne serait pas son tour de l'occuper ;

lorsqu'un acteur estime qu'il est parvenu, - après une période de séduction et de dissimulation de ses projets, - à installer son emprise sur un groupe entier, et que le moment est propice pour passer un cap et attaquer enfin l'instance, la tâche, l'objet, la loi, et généralement d'abord la personne ou les personnes faisant le plus lien dans le groupe ou l'organisation, en portant l'estocade contre elle(s), s'il le peut (Sirota, 1999b);

lorsque, dans une place qu'il occupait à sa satisfaction jusqu'ici, dans la configuration organisationnelle et de distinction où il évolue, (et dans le réseau des sollicitations sociales et intersubjectives associées à cette place), un sujet ne trouve plus les résonances, le type de reconnaissance dont il a besoin, parce qu'il a changé intérieurement et alors que ce qui a changé en lui ne lui est pas accessible ; il entre alors dans une période de crise de reconnaissance qu'il vient mettre en scène et porter sur l'espace public (Sirota, 1999a) ;

lors d'un événement difficile, qui met chacun devant un choix de valeurs, une nécessité de cohérence, qui met les acteurs devant des positions à prendre, nécessitant de choisir son camp, de prendre des positions claires, alors que le fonctionnement quotidien habituel permettait jusque-là bien des flous et des arrangements avec le ciel ou des petits aménagements avec la règle ou avec ses valeurs.

Lorsque la procédure légale ou coutumière (Cf. Le pouvoir légal selon Max Weber) de renouvellement du titulaire d'une fonction centrale n'est pas mis en œuvre à la date réglementaire prévue n'est pas mis en œuvre, sans qu'aucune discussion n'ait lieu et sans aucun motif, et que l'événement, la transgression ainsi agie est passée sous silence ; et que, par exemple, ce manquement aux règles légales est agi par celui-là même qui est censé les garantir. Dans cette occurrence, une crise permanente mais

larvée peut ne pas manquer de s'ouvrir et générera un jour ou l'autre des manifestations de violence dès que l'opportunité se présentera.

Il est une autre occurrence celle qui est caractéristique des crises larvées dans un groupe. On peut l'observer particulièrement dans un groupe-classe, elle peut durer tout une année, et se prolonger l'année suivante dans la constellation groupale qui se crée entre un professeur et une classe et que, en début d'année, le professeur est censé savoir et comprendre de qui ne va pas, ou censé repérer un malaise et en principe, disponible pour en parler et provoquer une analyse des ingrédients de la crise avant qu'elle ne cristallise et fige pour longtemps les relations. Cette occurrence se produit lorsqu'un professeur sent que quelque chose ne va pas, sans savoir quoi, et en renonçant à déployer de l'énergie et à suspendre momentanément son cours ou la centration sur la tâche pour inviter à se centrer sur le groupe, le lien de chacun au groupe. Quand on passe sous silence des facteurs importants de la constitution d'un groupe, d'un groupe recomposé, comme une classe de seconde, et qu'une phase d'échanges n'est pas instauré pour que les membres du groupes se présentent et explicitent ce pourquoi ils sont là, il y a un grand risque qu'une crise larvée ne s'installe, de manière durable, sur un fond de déception initiale et que le passé sous silence, loin de protéger le lien, l'affecte et le mine, d'autant qu'aux yeux des élèves, le professeur est censé savoir. S'il sait et ne fait rien, c'est qu'il est incompétent ou hostile, la confiance en lui est affecté.

La crise est déclarée quand **les personnes** membres du groupe en crise éprouvent un sentiment très intense, d'un avant et d'un après, qu'elles se vivent comme étant à la fois dans une impasse psychique et sociale. Dans un tel lieu d'impuissance, les sujets se sentent empêchés de penser. Ils ont le sentiment d'une énergie gaspillée, perdue, investie négativement, uniquement mobilisée pour attaquer ou se défendre, mais pas pour penser, produire, avancer ou créer. Ils ne pensent qu'à ça. La crise peut toutefois mettre aussi le sujet devant une épreuve de courage ou son revers, l'épreuve de lâcheté, qui est aussi une épreuve de penser.

L'entrée en crise s'observe par la rupture d'un équilibre jusqu'ici dynamique et à une rupture des compromis antérieurement aménagés, à un niveau intra, inter et trans-subjectifs,

lesquels avaient permis à chacun et au groupe ou l'institution concernés et à ses acteurs de fonctionner jusqu'au moment de mise en crise. Ce qui a supposé une adaptation des sujets à leur environnement ou un aménagement suffisant de celui-ci pour qu'il convienne aux sujets.

Selon les fantasmes qui animent ses acteurs principaux ou qui agitent les résonances collectives, et selon les fragilités institutionnelles, une crise peut s'avérer, après coup, bénéfique ou destructrice.

- V – Une modalité d'intervention en situation de crise.

Ce passage reste à écrire.

Indications bibliographiques :

Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Crises. Approche psychosociale clinique*. Paris : Desclée de Brouwer, p. 276.

BION, W.-R. (1959). Attacks on Linking, *Interna. Journ. of Psycho-Analysis*, vol 40, 5-6. Trad. franç. 1982, Attaques contre les liens, *in N.R.P*. Paris : Gallimard, N° 25, pp. 285-298.

FREUD, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF, 1971.

FREUD, S. (1948). *L'avenir d'une illusion*. Paris : PUF, 1971.

GUILLAUMIN, J. (1979). "Pour une méthodologie des crises", *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, pp. 220-254.

KAES, R., MISSENARD, A., KASPI, R., ANZIEU, D., GUILLAUMIN, J. et BLEGER, J. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod.

PUGET, J. (1989a). Le transfert dans les situations de violence sociale, Le transfert dans le groupe *in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Toulouse : Erès, N° 12, pp. 79-90.

PUGET, J. (1989b). Groupe analytique et formation, Pratiques soignantes dans les institutions *in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Toulouse : Erès, N° 13, pp.137-153

RACAMIER, J.-P. (1992). *Le génie des origines*. Paris : Payot.

SIROTA, A. (1998). des espaces culturels intermédiaires, La scène sociale : crise, mutation, émergence, in *Revue Internationale de Psychosociologie*. Paris : Editions ESKA, Volume V, N° 9, Printemps 1998, pp. 91-107.

SIROTA, A. (1999a). Une attente de changement dans un fonctionnement collectif. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* Bruxelles : De Boeck Université, Mars 1999, N° 41, pp. 72-83.

SIROTA, A. (1999b). Attaque narcissique et sursaut héroïque en groupe, Clinique de l'acte, *Psychologie Clinique.* Paris : L'Harmattan, N° 8, Hiver 1999, pp. 191-201.

SIROTA, A. (2001). Du pervers psychosocial, portrait-type à la société pervertissante, La vie morale, *Monographies de psychopathologie.* Paris : PUF, pp. 85-106.

SIROTA, A. (2003). *Figures de la perversion sociale*. Paris, EDK.

WINNICOTT, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.

WINNICOTT, D. (1971). *Jeu et réalité.* Paris : Gallimard, 1975.

Collectif : (1998). La scène sociale : crise, mutation émergence. Paris : ESKA, *Revue Internationale de Psychosociologie,* N° 9.

1ª MESA:

A CLÍNICA SOCIAL E PROPOSTAS

DE GRUPO

O APOIAR E OS ENQUADRES GRUPAIS

Leila Cury Tardivo

RESUMO

Esse texto traz as concepções que sustentam as propostas desenvolvidas no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica – Projeto APOIAR. A equipe do APOIAR que se desenvolve há 7 anos, vem realizando estudos e pesquisas clínicas, considerando que psicologia clínica,indagação e ação são práticas inseparáveis, ou seja que teoria e prática se enriquecem reciprocamente. Descrevemos resumidamente projetos e trabalhos feitos em grupo tanto no âmbito do Instituto de Psicologia da USP, bem como em parcerias com instituições. Apresentamos o trabalho com famílias e mencionmos a adaptação do Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias empregado coletivamente pelos membros da família. Falamos dos atendimentos em grupo com idosos, de psicoterapia breve, e oficinas terapêuticas. Descrevemos porpostas de atendimentos em grupo em instituições parceiras. Abordamos os trabalhos desenvolvidos em instituições psiquiátricas , onde são feitas Oficinas Terapêuticas com os pacientes em grupo com a presença de um monitor e estudantes de graduação.Damos exemplos e contamos os resultados positivos que vimos obtendo. Apresentamos ainda os trabalhos em grupo feitos a partir de consultas ás casas de pessoas com ELA (esclerose lateral amiotrófica) , em projeto desenvolvido em parceria com a ABRELA, onde são atendidos junto de seus familiares. Concluímos o texto com a ilustração de um enquadre grupal que pode trazer efeitos muito interessantes que são as Consultas terapêuticas em grupo com o emprego do Procedimento de Desenhos Temáticos.

Palavras –chaves: atendimento grupal, oficinas terapêuticas, desenhos Temáticos;clínica social

Introdução

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social tem 12 anos desde que começou a funcionar no Instituto de Psicologia da USP, sob a coordenação da Professora Tânia Vaisberg com suas *Ser e Fazer, Oficinas Terapêuticas de Criação.* Ttve

em 2002 a criação do APOIAR, sob nossa coordenação, que veio se somar aos projetos já em desenvolvimento, em 2003 consolidado.

Desde o princípio, O APOIAR ao longo dos 7 anos de trabalho, visa a formação do psicólogo no campo da saúde mental em sua acepção mais ampla,ou seja, no que diz respeito ao estudo compreensão e intervenção a pessoas em situação de sofrimento; visa o desenvolvimento de pesquisas com a produção de conhecimentos teóricos, que em Psicologia Clínica se faz sempre de forma indissociada da prática.

Segundo Bleger (1976),no âmbito da psicologia clínica,indagação e ação são práticas inseparáveis,que na prática acabam por se enriquecer reciprocamente.Assim para o autor:

> "A psicanálise se define por constituir ao mesmo tempo uma terapia,uma teoria e uma investigação:três aspectos que são estritamente solidários e inseparáveis:somente podemos curar cientificamente com uma técnica como a da enfermidade e dos processos psicológicos, e só podemos curar-portanto,unicamente na medida em que investigamos o que se sucede em nossos pacientes" (p.171) .

Esta visão metodológica que considera a produção de conhecimento necessariamente integrada a intervenção é também compartilhada por Tardivo (2004), que fala da importância do psicólogo clínico como aquele que investiga e intervém em um movimento de aproximação compreensiva,buscando meios para que as possíveis mudanças possam ocorrer.No entanto,considera necessária uma articulação entre teoria e prática,ou seja, "(...) teoria sem prática é estéril e prática sem fundamentação teórica pode ser superficial e até inconseqüente" (p.201).

Dessa forma, todos os projetos são desenvolvidos a partir da Clínica, sendo que o APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal – vem tentando atender a grande demanda de atenção psicológica gerada pelo sofrimento humano causado pelas condições da vida contemporânea, visando especialmente camadas excluídas de nossa população.

Enfocamos o papel do papel do psicólogo clínico como investigador e profissional que intervém (papéis indissociados) o qual não é nunca o de julgar, mas o de se aproximar para compreender e, se possível, propor medidas que possam levar a mudanças (TARDIVO, 2007).

Na presente Jornada, as apresentações se voltam mais especifcamente para o Atendimento Grupal, que está inclusive no nome do projeto APOIAR.

A partir des parcerias e intercâmbios estabelecidos com instituições sempre com caráter científico, vimos desenvolvendo trabalhos de intervenção, e produzindo conhecimentos (na forma de pesquisas e trabalhos científicos). Também essas parcerias tem se constituído em espaço para o desenvolvimento das atividades de estágio regulares das disciplinas da área da Psicopatologia e outras do curso de graduação.

Vamos nos referir a propostas de grupo no contexto do IPUSP e nas instituições parceiras.

Realizamos também atendimentos e enquadres diferenciados no contexto do Instituto de Psicologia da USP, no CAP, a partir dos quais desenvolvemos trabalhos e pesquisas.

Podemos dizer que muitas vezes as formas tradicionais de atendimento (individuais e com longa duração) se mostram limitadas, em função da clínica doa dias de hoje, na medida em que representam um custo elevado e restringem o número de pessoas assistidas. Faz-se necessária, então, a busca de alternativas que possam atender a essas pessoas, e muitas delas podem ser desenvolvidas em contextos grupais. Assim discutimos estas possibilidades de encuadres visando promover mudanças ou, experiências mutativas

PROJETOS NO IPUSP

Enfocando os projetos desenvolvidos no âmbito do IPUSP, recebemos pacientes (por busca espontânea, por telefone, ou encaminahdos por médicos, outros pacientes, serviços, etc) e desenvolvemos as Entrevistas Iniciais. Essas são pensadas de forma a ultrapassar os objetivos de uma simples triagem, e embora, visamos o diagnóstico, sempre importante, consideramos esse momento já como um espaço de acolhida e atendimento. Dessa forma, esse Projeto de Entrevistas Iniciais tem como inspiração o modelo de Consultas Terapêuticas de Winnicott (1968).

Depois das entrevistas iniciais, quando possível atendemos os pacientes no contexto do IPUSP e em caso de não ser possível acolhê-los buscamos o encaminhamento para outros serviços. Surgem aqui muitas dificuldades, dada a carência de serviços de saúde

mental em nosso meio. Discussão que precisa ser feita com cuidado e atenção, não podendo nesse texto, buscar o aprofundamento necessário ao tema.

No IPUSP desenvolvemos atendimentos, como psicoterapias breves de adultos, (em alguns casos mantemos os atendimentos por mais tempo, sempre priorizando a necessidade do paciente), psicoterapia de crianças, e em desenvolvimento um projeto de oficinas terapêuticas grupais com crianças abrigadas, atendimentos em grupo e individuais de idosos, e atendimentos de família.

Como pretendemos abordar os enquadres grupais, vamos nos referir a estes no IPUSP:

O projeto de psicoterapia com Famílias e Casais que vem sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadores. (KARACRISTO E TARDIVO, 2008) As famílias são atendidas em sessões com base na teoria sistêmica e a partir de pressupostos psicanalíticos. Como inovação, temos o emprego adaptado do Procedimento do Desenho de Família com Estórias (TRINCA, 1997). Esse instrumento que foi proposto para uso individual, é nessa adaptação realizado por todos os membros da família, sendo empregado como material que viabiliza o acesso a aspectos a serem trabalhados, favorecendo assim a expressão e a elaboração de conflitos. Nesse Caderno de Anais, mais a frente na seção de Pôsteres, há comunicações que ilustram esse emprego.(KARACRISTO ET COLS, 2009)

Nesse momento temos um projeto de atendimento em grupo a crianças, em especial as que são encaminhadas por abrigos com os quais temos parcerias. Vale observar que a proposta é inclusiva, sendo que nesses grupos serão recebidas crianças também advindas de famílias e que buscam atendimento no APOIAR. Serão realizados Psicodiagnósticos interventivos individuais, como já vem sendo realizados, e partir desse serão compostos grupo, considerando principalmente as idades. As crianças serão encaminhadas para grupos quando demandarem essas possibilidades, o que será observado a partir das consultas individuais iniciais.[8]

Um grupo de pesquisadores vem estudando e atendendo em Psicoterapia Breve individual e em grupo, pacientes idosos (SCHWARZ, 2007). Vimos obtservando resultados muito interessantes. A tese de Doutorado de Schwarz (2008) discutiu uma porposta de trabalho em grupo e essa pesquisadora vem orientando projetos nessa direção.

[8] Parte desse projeto deverá dar origem à dissertação de mestrado de Aline Tafner sob nossa orientação

;

Gil (2008) vem desenvolvendo uma Oficina terapêutica em grupo com idosos, tema que será mais a frente desenvolvido por ela. Sendo essa a pesquisa desenvolvida para sua tese de Doutorado, ela vem observando o quanto as pessoas de mais idade se beneficiam dessas porpostas em grupo (Oficinas terapêuticas de Fotos , cartas e Lembranças).

PROJETOS EM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

O APOIAR mantem parcerias com instituições psiquiátricas,onde são desenvolvidos enquadres diferenciados com os pacientes com intensa participação dos estudantes de graduação e de pós graduação.

Esse projeto integra o ensino da psicopatologia e a pesquisa interventiva no hospital psiquiátrico, e visa o psicodiagnóstico compreensivo e a intervenção clínica por meio de consultas terapêuticas individuais e oficinas terapêuticas grupais dirigidas aos pacientes,com a presença tanto do supervisor quanto dos alunos aos atendimentos realizados, que vem trazendo resultados muito positivos.

O trabalho desenvolvido tem inspiração na Psicanálise Winnicottiana, especialmente no modelo de Consultas Terapêuticas proposta por Winnicott (1965) , O terapeuta,ao conseguir estabelecer este *setting humano* ao qual se refere o autor,torna possível um tipo de comunicação que possibilita com que o paciente possa surpreender-se com idéias e sentimentos que não estavam antes integrados a personalidade total;integração esta tornada possível,ainda segundo o autor*, "pelo apoio no relacionamento humano,mas profissional – uma forma de sustentação (holding)".*(p.230).

Com base nesses mesmos conceitos, e visando favorecer ainda mais o contato das pacientes com o grupo terapêutico, incluímos um procedimento denominado "Oficina Terapêutica" (AIELLO-VAISBERG, 2001). As oficinas terapêuticas, em suas atuações, buscando unir saúde, convívio social e cultura, transformam o conceito de saúde, assim como os conceitos de sanidade, qualidade de vida e inclusão, dando condições de uma possível transformação.

Vimos propondo Oficinas Terapêuticas em grupo nessas instituições, de forma a encarar o doente como uma pessoa deseje e possa desenvolver sua capacidade criativa, alguém que é digno de respeito e inclusão social. Nas Oficinas Terapêuticas, o paciente tem

a possibilidade de resgatar o seu desejo com o trabalho realizado dentro das mesmas: a produção e expressão livres

O atendimento em grupo é muito indicado a paciente psiquiátrico, já que atende a uma necessidade deste (VAN DEN BERG ,1977). Uma vez que este tipo de paciente está sozinho, isolado, solitário, com poucas amizades, pelas dificuldades com as outras pessoas. Nas Oficinas em grupo os pacientes se aproximam uns dos outros, falam e ouvem, trocam experiências, vivem relacionamentos verdadeiros.

Nesse texto, trazemos como exemplos experiências desenvolvidas que incluem alunos e pacientes, que num caso sentavam-se de forma intercalada, de forma a melhorar a dinâmica entre as pacientes. E assim foi.

Temos o relato da monitora do grupo, que conta que durante as sessões, as pacientes (oficina ocorria num hospital feminino) interagiam, propunham conselhos uma para outra, davam palpites, compartilhavam seus sofrimentos. As interações entre elas não foram forçadas, apenas sugeridas, e elas prontamente se comunicavam, riam, choravam ou expressavam a raiva. Em alguns momentos relacionando e comparando o sofrimento apresentado no discurso de uma com o da outra

Temos outro exemplo do emprego de materialidades nesses encontros, sempre empregados tendo o Jogo do Rabisco como paradigma. (LABATE ET COLS, 2008).

O Jogo do rabisco era uma técnica utilizada por Winnicott com crianças internadas em hospitais com o simples objetivo de entrar em contato com elas, no qual ele faz um rabisco a esmo no papel e pede para a criança transformá-lo em alguma coisa e depois a criança faz um rabisco e ele transforma esse traço em alguma coisa. Essa técnica possibilita que a criança fique lado a lado com o terapeuta, é um meio de encontrar uma ponte para seu mundo interno de uma maneira muito natural.

As Oficinas também se baseiam no conceito do brincar, pois é no brincar, que a criança ou o adulto expressam sua liberdade de criação, tendo ai o pressuposto de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. (WINNICOTT, 1971).

Temos como exemplo de Oficina Terapêutica, uma técnica de história – desenho, na qual uma frase inicial é lançada, como início da história e cada um contribui com um

pequeno fragmento, dando continuidade à seqüência. Sentados em forma de uma roda, mantendo pacientes e alunos intercalados, até chegarmos ao último componente, dando uma finalização na história.

> "Assim que a história termina, um aluno, o qual escreveu a mesma, enquanto narrada, lê em voz alta toda a história, e todos a podem perceber como um todo. E a partir daí, pacientes e alunos são estimulados a tecer comentários sobre a história. Neste momento, as manifestações emocionais se afloram de forma intensa, dando margem para muita discussão e envolvimentos afetivos, aproximando pacientes e alunos, permitindo que a "dor" de cada um fosse validada no compartilhamento dela com os outros. Pacientes relatam fatos até então não relatados a ninguém nem do hospital e nem do seu convívio sócia" l. (LABATE ET COLS, 2008 a).

Pela facilidade e simplicidade muitas oficinas terapêuticas são desenvolvidas com o emprego de técnicas gráficas, muitos desenhos e pinturas, com associações verbais.

Hammer (1975) diz ter percebido que os pacientes psiquiátricos freqüentemente podem se expressar mais facilmente pelos meios gráficos de comunicação do que pelos meios verbais. E os desenhos projetivos capitalizam a corrente criadora de todos.

Há outras oficinas muito interessantes, com desenhos com Conto de Fadas LABATE ET COLS, 2008 b)., e também com a Oficina de Cartas, Fotos e Lembranças (Gil, 2008) à qual já nos referimos

Relatamos ainda um enquadre diferenciado, em grupo que se desenvolve há mais de 7 anos a partir da parceria entre ABRELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica) e o APOIAR, visando o atendimento desta população com a perspectiva de integrar ensino, pesquisa e prática clínica, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação, proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduados e para articulações teóricas de docentes e pesquisadoras. (STEINER, E ABREU FILHO, 2008)

Os atendimentos a grupos (pacientes e seus familiares) são pensados como encontros inter-humanos, onde é possível acontecer o acolhimento e a sustentação necessários à retomada do amadurecimento pessoal em um ambiente humano suficientemente bom, que favoreça a valorização do viver.

A partir destas reflexões foi desenvolvido um projeto visando um suporte psicológico, afetivo e emocional aos pacientes portadores de ELA (enfermidade degenerativa ,sem prognóstico de cura), bem como os respectivos cuidadores e familiares.

Os estudantes atendem aos pacientes e familiares em visitas domiciliares, sendo que escutam , desenvolvem atividades, oferecem materialidades, enfim estão presentes, fornecendo o holding que necessitam. Em geral os estudantes fazem esse trabalho em duplas, mas muitos vão individualmente às casas de pacientes, e nesse Caderno de Anais relatos completos dessa experiência, e ainda no livro que dá base ao presente texto

CONSULTAS TERAPÊUTICAS EM GRUPO COM DESENHOS TEMÁTICOS

Como enquadres grupais interessantes, gostaríamos ainda de nos referir às Consultas terapêuticas em grupo, que vimos desenvolvendo, com o emprego dos Desenhos Temáticos (VAISBERG, 1997 E TARDIVO, 2007). Vale destacar a possibildiade de emrpego desses Desenhos temáticos e das Consultas em grupo em cotextos não clínicos, no sentido mais restrito, podendo ser usados em educação, em contextos institucionais. O Procedimento de Desenhos Temáticos é um dos derivados do Procedimento de Desenhos-Estórias (TRINCA, 1997).

Dois processos básicos compõem o D-E, e o Procedimento de Desenhos Temáticos, que são de um lado, a forma gráfica de expressão e de outro, a verbal, ou seja, como uma técnica baseada no conceito de Apercepção Temática, e se constituem numa unidade gráfico-verbal, indissociada, a qual configura um todo organizado que é muito mais do que a soma do desenho e da associação verbal ou estória . (TARDIVO, 2007).

Como uma extensão do D-E, os Desenhos Temáticos podem ser usados para estudos específicos de determinados temas, propostos de maneira explícita. A pessoa é convidada a desenhar algum tema, que é indicado pelo psicólogo ou por quem está naquele par. Tem uma grande vantagem sobre o D-E, pois pode ser aplicado coletivamente .

Vaisberg (1997) considera o Procedimento de Desenhos com Tema muito interessante para o estudo das representações sociais.

A finalidade principal do Procedimento de Desenhos Temáticos não é o de se realizar Psicodiagnóstico, mais amplo e abrangente, como o D-E permite. Mas o instrumento

favorece a compreensão de como aquela pessoa em seu grupo significa determinada conduta ou situação que pode, sim, ser fonte ou contribuir muito para o sofrimento. Dessa maneira, pode embasar uma prática clínica, que nesse caso, denominamos de Consulta terapêutica em Grupo.

Relatamos em trabalho anterior esse emprego de Consultas Terapêuticas em Grupo com Jovens indígenas aculturados do Amazonas (TARDIVO, 2004 e 2007), e a partir da produção realizada por esse grupo foi possível identifcar uma situação de extremo sofrimento e ao mesmo tempo criar um clima de confiança e holfdig onde se tornou possível escutá-los, conhecê-los, vivendo uma experiência de compreensão e confiança.

Recentemente realziamos uma Consulta Terapêutica em grupo com crianças, visando uma amteria com fim social para a Televisão .O tema a ser conhecido e discutido é como se sente uma criança diante de seus pais brigando. Reunimos um grupo de 12 crianças de 8 a 10 anos e com os consentimentos (assinados pelos pais) usamos o Procedimento. A consigna consistiu em *"Desenhe um pai e uma mãe brigando dentro de casa"* e depois que escrevessem uma história sobre a briga desenhada, e ao final que dessem um título à produção. Importante observar que não pedimos o desenho de *seu* pai e *sua* mãe, mas de *um* pai e *uma* mãe (quaisquer) de forma a abrir a possibilidade de a fantasia emergir e poderem trazer suas concepções, emoções, sentimentos, conflitos, etc

Bem as crianças logo se "esqueceram" da câmera (uso também consentido pelos pais) e se envolveram na atividade. Pediram ajuda, perguntavam detalhes. Terminaram e colocamos os desenhos no meio da sala e os convidamos a observar a produção de todos (costumamos convidar o grupo a observar e manusear o material de todo o grupo).

As crianças se sentaram e falaram dos desenhos. Trouxeram as emoções: triteza, medo, desejo de unir os pais; sentimento de culpa e responsabilidade . Trouxeram críticas aos pais: um menino de 10 anos disse que pais que brigam na frente dos filhos são "infantis", e uma menina de 10 anos diz que "sente vontade de sumir". Fomos conversando com eles e tratando dessas concepções e emoções. As crianças (metade delas filhas de pais separados) saíram do encontro bem , e dizendo que gostaram de conversar a respeito.Deveremos nos reunir com os pais dessas crianças (nos dispomos para tal) e contamos com o apoio da escola. Identificamos nesse tipo de propostas possibildiades de desenvovler trabalhos preventivos, e consideramos que devam ser sempre estimulados.

Concluímos esse texto, sem ter esgotado o tema, na certeza de que propostas de atendimento em grupos trazem contribuições efetivas, e o APOIAR pretende manter esse tipo de enquadre, abertos que estamos a outros, sempre buscando atender da melhor forma ao que a pessoa precisa e busca.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A. (2001). O ser e o fazer na clínica. In: *Anais do V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: A clínica em psicoterapia psicanalítica* (pp. 82-91). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BLEGER, J . *Psicologia de la Conducta*, Buenos Aires Editoral Paidós, 1976

KARACRISTO,S E TARDIVO, LSPC- UMA FAMÍLIA ENLUTADA COMPARTILHANDO A DOR: POSSIIBILIDADES A PARTIR DOS DESENHOS DE FAMÍLIAS COM ESTÓRIAS **in** TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

LABATE, C. G. ; CAUTELLA JUNIOR;W. THURNA, J. W. ; TARDIVO, L. S. P. C Oficinas Psicoterapêuticas: História-Desenho E Musicalização Com Pacientes Psiquiátricos In TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

LABATE, C. G. ; COSTA, I.M. THURNA, J. W. TARDIVO, L. S. P. C - OFICINA PSICOTERAPÊUTICA: CONTOS DE FADAS COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS In TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

SCHWARZ, L.R. *EnvelheSer- a busca do sentido da vida na terceira idade*: uma proposta de psicoterapia grupal breve de orientação junguiana. Tese Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

STEINER, A ; ABREU FILHO, A G - Parceira 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 TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

TARDIVO, L. S. P. C. - *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas - encontros e viagens* Tese (livre docência) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo., 2004.

;

TARDIVO, L. S. P. C. - _*O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje:* São Paulo., Vetor, 2007.

TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

TRINCA,W. (Org.), *Formas de Investigação Clínica em Psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias; Procedimento de desenhos de famílias com estórias*. (pp. 255-288). São Paulo: Vetor, 1997.

WINNICOTT, D. W.. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil,* Rio de Janeiro: Imago, 1968-1984.

O USO DE ENQUADRES GRUPAIS NA CLINICA WINNICOTTIANA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Universidade de São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo:

Avanços teóricos psicanalíticos tem permitido a abordagem clínica de problemáticas psicopatológicas que se traduzem como estados psicóticos, borderlines ou normóticos, na medida em que iluminam os processos pelos quais a subjetividade se constitui a partir de um campo experiencial pré-subjetivo. Este quadro permite a proposição de práticas clínicas grupais diferenciadas, como aquelas que se definem segundo o estilo clínico ser e fazer, que adotam, como critério de cura, a emergência de movimentos no sentido de maior integração pessoal e conquista de posicionamentos existenciais mais autênticos e criativos.

Palavras-Chaves psicoterapia de grupo, oficinas psicoterapêuticas, psicanálise, D.W. Winnicott

De um certo modo, a profissão de psicólogo, no Brasil, seguiu rumos que seriam aprovados pelo psicanalista argentino José Bleger (1958,1963,1966), autor com o qual temos mantido estimulante interlocução há mais de três décadas. Contudo, isto se deu de modo bastante discutível, como veremos a seguir, uma vez que uma opção eticamente fundada não se fez acompanhar de esforços consistentes no sentido da capacitação suficiente daqueles que devem responder diretamente às demandas da população.

Desde a perspectiva blegeriana, como ciência humana, a psicologia deveria, tanto no plano da teorização, como no plano clínico, manter-se maximamente comprometida com a íntima e indissolúvel associação entre a consideração do drama humano, como experiência emocional de caráter vincular, e o cultivo de uma perspectiva sociológica dialética, maximamente atenta à importância das condições concretas de vida. Combatia este autor posições, muitas vezes equivocadamente designadas como "clínicas", segundo as quais seria possível pensar o indivíduo como ser originária e essencialmente isolado e independente do acontecer humano total, em suas dimensões sociais, culturais, históricas, políticas e econômicas. Assim, coerentemente, incentivava os profissionais a abandonarem posturas pautadas nas formas tradicionais de atendimento privado, destinado a pacientes oriundo de camadas abastadas da população, para buscarem uma maior proximidade com a grande maioria da população:

"La psicologia tiene que calar, penetrar cada vez más en la realidad social y en círculos más amplios, incluyendo el estúdio de los grupos, de las instituiciones y de la comunidad, tanto como problemas sociales nacionales e internacionales de todo tipo, ya que la dimensión psicológica se hace presente en todo, puesto que en todo interviene el ser humano" (Bleger, 1966,p.20).

Deste modo, podemos afirmar que o movimento pelo qual a profissão assumiu, no Brasil, uma trajetória cada vez mais próxima à maioria da população, inserindo-se tanto em equipamentos de saúde mental, de saúde geral, de educação e de assistência social, como em dispositivos judiciários e, mais recentemente, em organizações não governamentais, seguiu de perto diretrizes claramente enunciadas na proposição da psicohigiene e da psicologia institucional como práticas próprias de uma psicologia concreta.

Tal movimento significou, na prática, para a grande maioria dos psicólogos, que passaram a atuar em contextos institucionais, a necessidade de fazer uso de dispositivos de atendimento grupal, face a imensas filas de pessoas em busca de atendimento. Esta

situação não se fez, contudo, acompanhar por um maior investimento, por parte dos cursos de graduação, na capacitação dos futuros profissionais para trabalho com grupos.

Este fenômeno merece investigação, na medida em que não é facilmente compreensível. Acreditamos, entretanto, que deva ser considerado à luz do que tem sido produzido intelectualmente pelos docentes de nível superior que, em nosso país, estão engajados, nas universidades de primeira linha, na transmissão de conhecimento clínico. Podemos aí distinguir dois diferentes tipos de trabalhos. De um lado, pode-se notar uma produção de caráter empírico que, seguindo as diretrizes da pesquisa positivista, delimita problemáticas investigativas a partir da clínica ou da teoria psicanalítica (Simon,1993). De outro lado, perfila-se toda uma produção teórica que consiste em enunciações de caráter abstrato que, a nosso ver, não passam de um "aggiornamento" da metapsicologia clássica.

Este último tipo de produção intelectual, que segue tendências igualmente vigentes em grandes centros europeus e norte-americanos, inscreve-se sob o que se convencionou denominar paradigma psicanalítico estrutural-pulsional (Greenberg e Mitchell,1994). Como bem demonstrou Bleger (1958,1963), este não atende, de modo algum, os requisitos necessários à construção de novos saberes, entre os quais se poderia incluir uma psicologia concreta (Politzer,1928). Ao contrário, provavelmente reforça a reprodução de doutrinas já estabelecidas e de visões que não contribuem para um adensamento do que se conhece sobre o modo de ser dos grupos e seu uso com finalidades clínicas.

Este quadro se completa com uma visão muito difundida em nosso meio, bastante superficial e discutível, que busca "técnicas grupais" e não fundamentação teórica consistente para a realização de trabalhos com grupos. Ora, no campo clínico a idéia de técnica, bem vinda em outras áreas da experiência humana, deve ser tomada com cautela, já que é habitualmente usada para referir modos de "bem fazer" que independem da pessoalidade de quem opera. Neste sentido, o uso deste termo parece-nos muito inapropriado, uma vez que a subjetividade do analista é parte constitutiva do próprio campo operativo. Provavelmente, seu uso impensado está relacionado à ingenuidade de esperar que o conhecimento psicológico atinja um patamar que permita, como em outros setores,

que o profissional seja “colocado entre parênteses”, o que corresponde, a nosso ver, a um total desentendimento sobre a natureza do que aí se trata.

Podemos compreender a situação complicada que a inserção de psicólogos, despreparados a trabalhar com grupos, em vários contextos institucionais, criou, quando analisamos aquela que talvez seja a matriz de toda esta movimentação, vale dizer, a reforma psiquiátrica brasileira (Sato,2007). Como sabemos, a partir do final dos anos setenta tem início uma série de discussões acerca da reforma, que, em nosso país, acaba por adotar o modelo basagliano. As características singulares deste modelo, de caráter fortemente politizado e surpreendentemente pouco inovador, do ponto de vista de clínica psicológica psicanaliticamente orientada, geraram, no solo nacional, um resultado lamentável, ainda que bastante compreensível: a conjugação da abordagem medicamentosa com o uso de dispositivos sócio-educativos. A dimensão psicológica foi sempre tratada de modo ambíguo, pois enquanto proliferaram os atendimentos psicológicos em grupo, os psicólogos não recebiam – como ainda não recebem – uma formação sólida nesta área, de outro lado vários outros membros das chamadas equipes multi ou transdisciplinares – ainda pior preparados do que os psicólogos - podiam ocupar a posição de terapeutas. A oferta de atendimentos em grupo, levados a cabo por profissionais não convenientemente capacitados é fenômeno que merece ser melhor investigado mas que justifica uma visão segundo a qual a reforma brasileira deixou de investir suficientemente na produção de conhecimento teórico e clínico, bem como na formação profissional dos psicoterapeutas.

Ou seja, como se optou por uma reforma segundo diretrizes basaglianas, que focavam a reabilitação psicossocial e a recuperação da cidadania, mas nem sempre levavam em conta necessidades afetivo-emocionais, cujo desatendimento se encontrava na raiz do sofrimento psíquico, fazia sentido desvalorizar a formação específica do psicólogo. Assim, os atendimentos grupais passaram a ser freqüentes, mas ficaram a cargo de profissionais que não estavam preparados para assumi-los. O despreparo se compensava, na prática, pelo uso de co-terapias que juntavam enfermeiro e assistente social, psiquiatra e terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro, enfim, todas as combinações possíveis de profissionais disponíveis. Realizados a partir da falta de formação específica, tais práticas mantiveram-se,

ao longo do tempo, como essencialmente “selvagens”. Este modo de trabalhar em grupos, inicialmente psiquiátrico, espalhou-se e passou a ser utilizado nos mais diferentes contextos institucionais nos quais o profissional psicólogo tem estado inserido.

De nossa parte, sempre nos incomodou observar, na reforma psiquiátrica brasileira, uma falta de empenho na constituição de dispositivos verdadeiramente clínicos, mediante os quais os pacientes pudessem ser efetivamente beneficiados em termos do alivio do sofrimento emocional e alcance ou recuperação de sua integração pessoal. Fica, assim, claro, porque, ao mesmo tempo em que criticamos a reforma psiquiátrica brasileira, e os modos pelos quais a psicologia tem sido exercida em diferentes instituições, preocupamo-nos, por outro lado, com a proposição de novas modalidades de atendimento, que pudessem ser rigorosamente fundamentadas, do ponto de vista teórico, ao mesmo tempo em que fossem passíveis de serem implantadas em instituições. Não nos contentaríamos com uma base que deixasse de aproveitar os conhecimentos acumulados pela tradição psicanalítica que, desde nossa perspectiva, tem em Winnicott um verdadeiro pensador. Deste modo chegamos à criação da “Ser e Fazer”, conjugando nossa preocupação com a superação das limitações da reforma psiquiátrica brasileira com uma grande afinidade por um dos mais interessantes desenvolvimentos da psicanálise contemporânea.

Ser e Fazer: Uma Perspectiva Pós-Winnicottiana

Abordarei, agora, o estilo clínico Ser e Fazer, uma modalidade de atendimento que se define a partir do uso de materialidades mediadoras e do uso do holding como intervenção terapêutica fundamental, que é preferencialmente realizado em grupo (Aiello-Vaisberg,2004). No momento, deixarei de considerar tanto a questão da materialidade, como a do holding, para me ater a considerações que concernem à clínica grupal.

A proposta Ser e Fazer surgiu a partir de nossa experiência de trabalho em equipamentos de saúde mental e de supervisão de trabalhos clínicos realizados em outros tipos de instituição. Desde o início buscamos criar um dispositivo de caráter grupal, optando pela constituição de grupos preferencialmente heterogêneos quanto ao diagnóstico psiquiátrico, tendo em vista tanto atender a um grande número de pacientes como – talvez fundamentalmente – constituir um ambiente o mais próximo possível da experiência humana comum, que se fazendo, inevitavelmente, como campo inter-humano vincular variado, na vida cotidiana, contrasta nitidamente com o manicômio, na medida em que este reúne pessoas com diagnósticos semelhantes para afastá-las do convívio social.

Se a nossa experiência com grupos inclusivos, nos quais pessoas diagnosticadas como psicóticas podem ser atendidas ao lado de outras, que apresentam outros tipos de dificuldades emocionais, revelou-se fecunda, há também que lembrar que fomos surpreendidas pela notável aderência de pacientes somáticos, em estados mais ou menos graves, incluindo terminais, às oficinas Ser e Fazer, em grupos homogêneos quanto à patologia orgânica. Esta experiência indicou que o caráter inclusivo, num sentido profundo, não exige nem é garantido pela heterogeneidade, mas decorre do firme posicionamento do terapeuta que atua segundo uma rigorosa ética psicanalítica.

Entretanto, se aparentemente estamos falando do atendimento a grupos compostos por pessoas que podem ser diagnosticadas como neuróticas, psicóticas, borderlines, normóticas ou saudáveis, lembrando que estas categorias são constituídas a partir das estratégias defensivas predominantemente utilizadas pelos indivíduos, ao aprofundarmos a questão da inclusividade grupal, no contexto do pensamento pós-winnicottiano, seremos naturalmente convidados a considerar os fenômenos clínicos desde a perspectiva da teoria do amadurecimento emocional. Pode nos servir como guia um pequeno mas instigante estudo voltado ao tratamento de crianças com problemas de comportamento anti-social, no qual Winnicott (1955) apresenta uma teoria dos grupos.

De acordo com Winnicott (1945), a pessoalidade individual é produto de um sofisticado processo de caráter intersujetivo, de modo que o self emerge a partir de um campo que, descrito a partir da observação do bebê por um terceiro externo, pode ser denominado "pré-subjetivo". Deste modo, é recusada uma visão, predominante no paradigma estrutural-pulsional, que opera a partir de algo o que podemos designar como um "pequeno sujeito", que existiria desde sempre como uma mônada psíquica que com esforço se abriria para o contato com a alteridade. Essencialmente dependente das condições do ambiente humano que acolhe o recém-nascido, que "... não existe desde seu próprio ponto de vista" (Winnicott,1945), este processo de amadurecimento seria constituído por estágios passíveis de serem diferenciados em termos de sua maior ou menor proximidade de conquista de um estatuto de unificação pessoal relativamente continuado no tempo:

"De tudo o que constatamos, a questão que mais nos interessa aqui é aquela parte do processo a que chamamos integração. Antes da integração, o indivíduo é um conjunto não-organizado de fenômenos sensório-motores contidos pelo ambiente externo. Depois da integração, o indivíduo É, ou seja, a criança humana atingiu o status de unidade, podendo já dizer EU SOU (a não ser pelo fato de não ser ainda capaz de falar). O indivíduo possui agora uma membrana limitante, de forma que o que é não-eu é repudiado, é externo. Este eu possui agora um dentro, onde podem reunir-se memórias de experiências e edificar-se a estrutura infinitamente complexa que pertence ao ser humano (Winnicott, 1955, p.216)."

Entendendo que todo o processo só pode ter lugar porque existe um cuidador maternal que provê uma sustentação da criança, adaptando-se às suas necessidades em constante mudança, Winnicott (1955) descreve a experiência do lactente em termos precisos:

" Minha opinião é de que o momento do EU SOU seja um momento cru; o novo indivíduo sente-se infinitamente exposto. Este momento só pode ser suportado – ou talvez arriscado – quando há alguém envolvendo a criança em seus braços. Acrescento também que, neste momento, é conveniente que a psique e o corpo ocupem o mesmo lugar no espaço, de modo que a membrana limitante não seja apenas um limite metafórico da psique, mas coincida também com a pele corporal. Exposto significa nu. Antes da integração, existe um

estágio em que o indivíduo só existe aos olhos do observador. Para o bebê, o mundo externo não está diferenciado, assim como não existe mundo interno ou pessoal, e uma realidade interna. Depois da integração, o bebê começa a ter um self. Antes, tudo o que a mãe poderia fazer era estar pronta a ser repudiada; depois , o que pode fazer é proporcionar à criança apoio, calor, cuidado amoroso e vestimentas(Winnicott, 1955,p. 217)".

Estes fenômenos delicados e iniciais, pelos quais se produz a pessoalidade individual, são imediatamente ligados por Winnicott (1955) à dimensão da grupalidade:

" (...) É impensável que , sem uma mãe suficientemente boa, um bebê possa existir antes da integração Só ao completar-se este processo podemos dizer que, se a mãe falhar, o bebê morrerá de frio, ou cairá num abismo sem fundo, voará para longe ou explodirá como uma bomba de hidrogênio, destruindo num único momento o self e o mundo. A criança recém-integrada participa, assim, de seu primeiro grupo. Antes desse estágio, só existe uma formação primária pré-grupal, na qual elementos não-integrados são mantidos unidos por um ambiente do qual não se encontram ainda diferenciados. Esse ambiente é a mãe que segura o filho. O grupo é uma conquista do EU SOU, e é uma conquista perigosa. A proteção é muito necessária nos estágios iniciais; sem ela, o mundo externo repudiado volta-se sobre o novo fenômeno e o ataca por todos os lados e de todos os modos possíveis e imagináveis (Winnicott, 1955,p. 218)."

Como vemos, a teoria do amadurecimento emocional, supondo que a pessoalidade individual é resultado de um processo intersubjetivo, implica novas reflexões sobre os fenômenos grupais, uma vez que configurações vinculares que pressupõem subjetividades constituídas correspondem tão-somente ao termo de uma trajetória de amadurecimento, mas não ao que ocorre em estágios prévios. Articulando a grupalidade com a teoria do amadurecimento pessoal, Winnicott (1955) vai exigir que se diferenciem diferentes formações grupais, conforme tenham origem num contínuo entre dois extremos: um conjunto de pessoas maduras ou um conjunto de pessoas relativamente não integradas.

Afirma o seguinte sobre os grupos formados por pessoas maduramente constituídas como pessoalidades individuais:

“ A base da formação grupal madura é a multiplicação de unidades individuais. Dez pessoas, cada um das quais é bem integrada, superpõem suas dez integrações e passam a compartilhar, em certa medida, de um única membrana limitante. Essa membrana é representativa da pele de cada um dos membros. A organização representada pela integração pessoal de cada um dos indivíduos, cada um dos quais foi assistido em seu momento de integração e recebeu cobertura até o momento em que se tornou capaz de suprir sozinho esta necessidade. A integração grupal implica num primeiro momento uma expectativa de perseguição; por isso, certo tipo de perseguição pode produzir artificialmente uma formação grupal [madura] desprovida, porém de estabilidade (Winnicott, 1955, p.219).”

Prossegue, posteriormente, definindo o tipo de grupo que encontramos no outro extremo, que corresponderia a um conjunto de pessoas relativamente não-integradas que, recebendo uma “cobertura”, poderia vir a se constituir como grupo. Neste segundo tipo de grupamento, a “cobertura”, que ficaria a cargo do psicoterapêuta, poderia infundir confiança suficiente para que os indivíduos possam tornar-se dependentes e retornar a uma situação existencial não-integrada, a partir da qual movimentos de amadurecimento possam vir a ser retomados, contanto, agora, com uma base ambiental mais segura.

Considerando as variedades individuais existentes entre estes dois extremos, contaríamos, nos diferentes grupos humanos, com indivíduos em uma das seguintes condições:

1- indivíduos que não chegaram a se integrar como unidades
2- indivíduos que desenvolveram um falso self que imita uma integração que se desfaz facilmente quando confrontada com situações de vida
3- indivíduos que vivem em estado de “integração recente”, sentindo-se expostos e perseguidos pelo mundo exterior

4- indivíduos que alcançaram a integração pessoal mas, por sofrerem privações, vivenciadas como tais, apresentam sintomas anti-sociais
5- indivíduos que desenvolveram a capacidade de se manter duradouramente em condição de integração pessoal, a ponto de poderem se sentir vivos e reais

Em condições naturais, estes tipos de indivíduos estão presentes, em maior ou menor porcentagem, em todos os grupamentos humanos. Sabemos que os estados de não-integração franca, bem como os de integração “recente” e de reatividade anti-social são comumente vítimas de práticas de segregação. Por outro lado, tanto os mais amadurecidos, como os “falso-selfs” ou normóticos, são habitualmente melhor tolerados.

Como vemos, a consideração da teoria winnicottiano do amadurecimento emocional exige uma revisão importante das teorias de grupo, que muitas vezes aderem, sem se dar conta, ao paradigma estrutural-pulsional e à suposição de que a subjetividade está desde sempre constituída. Claro que este posicionamento não implica cegueira em relação à situação psíquica dos pacientes psicóticos ou borderlines, mas leva, infelizmente, à adoção de posturas de simples exclusão destas “patologias” e à mera contra-indicação do dispositivo grupal. Entretanto, é inegável, a nosso ver, a vantagem da perspectiva winnicottiana, quando articula grupalidade e constituição de self.

Cabe, entretanto, perguntar se, diante da complexidade fenomênica, anunciada por Winnicott (1955) quando trata do grupo, vale a pena cogitar sobre o uso psicoterapeutico de dispositivos grupais. Temos respondido afirmativamente a esta questão por meio de uma prática institucional e investigativa que adotamos há mais de uma década.

Partimos, com Bleger (1963), da consideração de que o ambiente natural humano é essencialmente grupal. A alteridade não é algo que se acrescenta ao “ser” do homem, como querem posicionamentos estruturais-pulsionais (Greenberg e Mitchell,1994), mas elemento constitutivo da própria pessoalidade individual. Assim, em princípio, não existe, a nosso ver, motivo para supor que o enquadre individual seja “natural” enquanto os dispositivos grupais

seriam essencialmente alternativos. Entendemos que o que se passa é o contrário: o encontro privado entre duas pessoas é uma forma particular de encontro interhumano, provavelmente não muito freqüente na história de diferentes povos. Assim, o que pede explicação não é a proposta de encontros grupais mas antes o contrário, vale dizer, a proposta de encontros entre duas pessoas.

Entretanto, falar em uso clínico de dispositivos grupais informa pouco sobre o que está em jogo, na medida em que várias configurações podem ser consideradas apropriadas a partir das demandas em jogo. Em nossa experiência, tanto diante das demandas psiquiátricas, como diante do sofrimento de pacientes que apresentam graves problemas orgânicos, tem feito sentido um tipo de trabalho durante o qual o terapeuta serve como "cobertura" para pacientes menos amadurecidos, enquanto pode ser usado como apoio confiável ou ainda como pessoalidade separada por pacientes mais ou menos amadurecidos. Este tratamento concomitante de indivíduos em diferentes condições de desenvolvimento é possível quando a intervenção básica do terapeuta é a sustentação do acontecer humano, a partir do qual diferentes necessidades emocionais poderão ser atendidas. O que parece complicado e problemático, quando se especula, está, de fato, muito próximo do viver comunitário, no qual podem conviver formas bastante diferenciadas de estar no mundo.

Grupos maduros ou, como diria Winnicott (1955), democráticos, são uma forma específica de convívio grupal, possivelmente mais rara do que gostaríamos. Grupos constituídos apenas por indivíduos mais prejudicados, com grandes dificuldades de integração, estariam no outro extremo. Certamente não são naturais e só se encontram em instituições que visam retirá-los da convivência social. Entre estes encontrar-se-iam os grupos heterogêneos, compostos por indivíduos em diferentes condições de amadurecimento emocional. Grupos psicoterapêuticos de caráter inclusivo correspondem, portanto, a algo que se aproxima do que parece ser mais freqüente na maior parte das formações sociais ao longo dos tempos e em diferentes situações geográficas.

De modo sucinto, tendo em vista iniciar a exposição de um pensamento clínico, podemos afirmar que as condições de possibilidade de alcance dos benefícios terapêuticos que temos podido testemunhar, em nossa experiência com as oficinas Ser e Fazer, são as seguintes:

1. o fato do ambiente natural em que transcorre a vida humana ser essencialmente grupal

2. o fato da presença de outros seres humanos, no ambiente do recém- nascido, ou do paciente mais regredido, não interferir de modo algum em sua experiência, a qual depende do seu grau de desenvolvimento e da possibilidade de contar com holding ambiental adequado

3. o fato dos modos pelos quais os outros são transferencialmente vividos depender, essencialmente, da maturidade de cada paciente, de modo que aqueles que necessitam vivenciar relações duais, triangulares ou formas mais amplas de sociabilidade, podem encontrar no espaço grupal um ambiente suficientemente bom

4. o fato da intervenção básica do trabalho psicoterapêutico não ser a sentença interpretativa, mas o holding que se faz como manejo compreensivo.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana. São Paulo, Idéias e Letras, 2004.

Bleger, J. (1958) Psicoanalisis y Dialética Materialista. Buenos Aires, Nueva Vision, 1988.

Bleger, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidos, 2001.

Bleger, J. (1966) Psicohigiene y Psicologia Institucional. Buenos Aires, Paidos,2004.

Greenberg, J. e Mitchel, S. Relações Objetais na Teoria Psicanalítica. Porto Alegre, Artes Medicas, 1994.

Politizer, G. (1928) Critique des Fondements de la Psychologie. Paris, PUF, 2004.

Sato, H.T. Enquadres Clínicos Diferenciaos na Reforma Psiquiátrica. Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2007.

Simon, R. In M.E.L.Silva Investigação e Psicanálisa. Campinas, Papirus,1993.

Winnicott, D. W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. Da Pediatria à Psicanálise: Textos Selecionados. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

Winnicott, D.W. (1955) Influencias de Grupo e a Criança Desajustada. In A Família e o Desenvolvimento Individual. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

PROGRAMA CULTURAL

CANTO CIDADÃO

CANTO CIDADÃO EM AÇÃO

Felipe Mello e Roberto Ravagnani

O trabalho do grupo Doutores Cidadãos começou em 2001, quando Felipe Mello Roberto Ravagnani se conheceram. Todavia, desde 1999 o Roberto já realizava o trabalho de forma individual com o personagem Dr. Ispaguetti Saracura.
Quando os dois fundadores do Canto Cidadão se conheceram, começou o processo de expansão do grupo.

As premissas essenciais eram o acesso democrático a quem quisesse fazer parte do grupo (partindo de um treinamento) e o foco nos pacientes adultos e idosos, assim como um atendimento especial aos profissionais da saúde e visitantes. Isto porque a grande maioria dos grupos de visitação hospitalar animada (ainda hoje, mas notadamente àquela época) tem o foco na Pediatria.
O tempo e as experiências vêm mostrando que os adultos reagem muito bem ao trabalho dos Doutores Cidadãos, com o reconhecimento dos hospitais e seus profissionais.

Dez anos depois, já foram capacitados mais de mil voluntários, que espalham continuamente a crença de que arte e alegria constroem cidadania.
O programa social Doutores Cidadãos, assim como os outros programas do Canto Cidadão, são mantidos e ampliados por intermédio de um conjunto de ações de captação de recursos. A maior parte dos recursos advém dos eventos que os profissionais do Canto Cidadão, especialmente os diretores, realizam em

organizações privadas e públicas. São palestras, oficinas, treinamentos e assessorias em diversos assuntos relacionados ao desenvolvimento humano e equilíbrio social. Uma parte ainda pequena vem da venda de produtos temáticos da organização e doações de pessoas físicas e jurídicas.
Atualmente os Doutores Cidadãos possuem parceria com 45 unidades de atendimento hospitalar na Grande São Paulo, todas públicas ou filantrópicas.

Além destes importantes hospitais, três abrigos de idosos também são visitados.

Após a realização de um treinamento, o voluntário define a sua freqüência, local e dia de atuação. Desta forma, existe a possibilidade de atuação todos os dias da semana, conforme entendimento com os hospitais. Portanto, podemos dizer que temos atendimento de segunda a segunda, principalmente entre 14 e 22 horas.

O contato com os hospitais inicialmente foi mais difícil, pois eles não conheciam o nosso trabalho. O fato de propormos a atuação artística e bem humorada junto aos pacientes adultos e idosos fez com que alguns hospitais quisessem conhecer primeiro para depois firmar uma parceria. Com o passar do tempo e o acréscimo de experiências bem sucedidas, outros vários hospitais começaram a nos procurar, após tomarem conhecimento por meio de colegas, eventos na área e imprensa.

Cabe salientar a importância de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela qual as portas de diversos hospitais municipais foram abertas ao trabalho.

Os hospitais não desembolsam nenhum recurso financeiro para ter as visitas dos Doutores Cidadãos.

Nos últimos 10 anos, o grupo já realizou aproximadamente dois milhões de atendimentos, contabilizando as visitas em São Paulo e as expedições sociais realizadas em todos os estados brasileiros, assim como outros seis países sulamericanos.

A utilização do termo ***amenização*** é uma provocação, uma vez que a expressão ***humanizar*** dá a entender que o problema está naquilo que não é humano. Todavia, a postura mal humorada, agressiva e descompromissada faz parte dos valores humanos. Podem não ser positivos estes valores, mas ainda sim são humanos. Portanto, a questão não é focar a inexistência de humanidade e buscar humanizar, mas sim observar o que faz a humanidade expressar muitas

vezes o seu lado nocivo. Serão as condições físicas do hospital? Será a forma de se relacionar dentro da equipe? Será a ausência de educação para a saúde junto á população? Será a corrupção que faz com que os aparelhos públicos de atendimento ainda sejam precários em sua grande maioria? O que propomos é o reconhecimento de que o ser humano é capaz de agir para o bem e para o mal, mostrando que agir positivamente é um caminho mais nutritivo. Amenizar, neste sentido, é tornar o ambiente, e as relações que nele acontecem, mais propícios ao bem estar e ao cuidado de quem é paciente e cuidador.

Existe um processo de avaliação dos interessados, que passam por três etapas: exame de conhecimentos gerais e perfil sociológico, dinâmicas de grupo e entrevista pessoal. Após estas etapas (que via de regra são realizadas duas vezes por ano) o grupo de avaliadores do Canto Cidadão define as pessoas que participarão do treinamento.

Não existe um perfil exclusivo para ser um Doutor Cidadão, uma vez que a heterogeneidade do ambiente hospitalar pede um grupo que também seja plural. Assim, existem voluntários de 18 a 80 anos, semi analfabetos e doutores, brancos e negros, judeus e católicos. É o retrato da sociedade brasileira. Não é necessário ser formado em artes cênicas ou técnicas do clown, porque os Doutores Cidadãos não buscam fazer show no hospital. Nosso objetivo é fazer amigos. A figura do palhaço, em nosso programa social, é um passaporte para chegarmos perto dos pacientes, acompanhantes e profissionais e iniciar uma relação baseada no respeito, valorização da vida e alegria. O que existe é um grande investimento no treinamento do voluntário, uma vez que respeitamos muito o ambiente hospitalar, notadamente repleto de sensibilidade. Assim, o Doutor Cidadão, antes de começar a atuar, passa por uma formação inicial de quase 80 horas, espalhadas em seis meses. Após este período, ele continua sendo acompanhado para somente depois atuar de forma individual, ainda que muitos prefiram a atuação em grupo. Além do

acompanhamento emocional, o Canto Cidadão oferecer oficinas de expressões artísticas para aprimorar algumas técnicas que podem facilitar na aproximação e entretenimento dos pacientes, ainda que este não seja o único objetivo do grupo, conforme citado acima.

Felizmente, após dez anos de atuação, foram pouquíssimas as ocorrências que fizeram com que os hospitais nos chamassem para uma repreensão ou algo do gênero.

Vale lembrar que existem centenas de voluntários aguardando treinamento. Quanto mais empresas contratarem as palestras do Canto Cidadão, mais turmas de voluntários poderão ser treinadas e mais pacientes serão atendidos regularmente.
Para saber mais visite WWW.cantocidadao.org.br

2ª MESA:

RELATO DE EXPERIÊNCIAS

ATENDIMENTOS EM GRUPO

OFICINA PSICOTERAPÊUTICA DE CARTAS, FOTOGRAFIAS E LEMBRANÇAS EM GRUPO COM IDOSOS

Claudia Aranha Gil[9]
Tânia Aiello-Vaisberg[10]
Leila Cury Tardivo[11]

RESUMO

O crescente envelhecimento populacional e o consequente aumento da expectativa de vida têm gerado novas demandas no campo da saúde mental. Apresentamos neste estudo uma proposta de atenção psicológica dirigida à população idosa que utiliza enquadre grupal. Nas Oficinas Psicoterapêuticas, por meio de enquadres clínicos diferenciados, inspirados na Psicanálise Winnicottiana, aos pacientes são apresentadas materialidades de diversas naturezas com o objetivo de facilitar a comunicação emocional. A Oficina que abordamos nesse trabalho ocorreu no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP e foi dirigida a um grupo que do qual fizeram parte cinco homens com idade entre 60 e 73 anos, com queixas diversas, entre as quais, sintomas depressivos. Os participantes são convidados a trazer para a sessão cartas, fotografias e objetos, que são afixados ou apoiados em um quadro magnético e durante uma hora e meia falam sobre as recordações despertadas. A partir desta experiência, temos observado que os objetos apresentados possibilitam o lembrar e o compartilhar as lembranças em um ambiente sustentador, favorecendo uma resignificação do passado no presente e a criação de perspectivas futuras, onde o lembrar pode ser entendido como possibilidade de integração do Self. Concluímos que este enquadre favorece o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, promovendo a melhora dos sintomas depressivos e possibilitando experiências emocionais mutativas.

Palavras-Chaves: Idosos. Oficina Psicoterapêutica. Psicanálise

[9] Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo sob a orientação da Professora Livre Docente Leila Cury Tardivo, Pesquisadora do Projeto APOIAR –Laboratório de Saúde Mental e Psicologia clínica Social e psicóloga responsável pela Oficina Psicoterapêutica de Cartas,Fotografias e Lembranças na Ser e Fazer –IPUSP

[10] Professora Livre Docente pelo IPUSP, Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de psicologia da USP e da Pontifícia universidade Católica de Campinas; Coordenadora da Ser e Fazer-Oficinas Terapêuticas de criação.

[11] Professora Livre Docente pelo IPUSP, Docente e orientadora nos programas de graduação e pós graduação do IPUSP; Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –Projeto APOIAR

;

INTRODUÇÃO

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS DIRIGIDAS AO IDOSO: A BUSCA POR NOVOS ENQUADRES CLINICOS

O crescente envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da expectativa de vida são considerados hoje uma tendência mundial. As projeções demográficas apontam que em vinte anos haverá mais de um bilhão de pessoas com mais de sessenta anos no mundo O Brasil caracteriza-se por um processo de acelerada transição demográfica, marcada por um grande aumento da população idosa e a tendência da população jovem decrescer. Assim, o número de idosos com mais de sessenta anos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, com uma projeção que aponta que em 2020 serão 32 milhões de idosos no nosso pais. (GIANETTI, 2005).

Ao refletirmos sobre estas questões, dentre outras, surge como verdadeiro desafio dar qualidade, em todos os sentidos, a estes anos a mais de vida, levando em conta tanto as características inerentes a esta fase, quanto à singularidade do idoso. No campo da saúde mental, devemos considerar, no entanto, a demanda pelo cuidado ao sofrimento psíquico e a busca por enquadres clínicos diferenciados que possam atender melhor às necessidades dos indivíduos na velhice.

As primeiras questões relativas às intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao idoso surgiram no início do século XX, introduzidas por Freud (1905/1990). Vivendo em uma sociedade que considerava o indivíduo velho aos 50 anos, Freud acreditava que o método psicanalítico que criara não era passível de ser aplicado em pessoas mais velhas. Um pouco mais tarde, Karl Abraham (1927/1970), discípulo e colaborador de Freud,dentre os vários temas nos quais se aprofundou, dedicou-se também a escrever sobre o tratamento psicanalítico na idade avançada. Ele destaca que deve ser considerada a singularidade dos processos mentais de cada indivíduo e não somente o fator idade, antes de se decidir se há a possibilidade ou não de ser aplicado o método psicanalítico. Para ele, o prognóstico do paciente dependia mais da época em que a neurose formou-se (a idade da neurose) do que a idade do paciente.

Para Kernberg (1995), embora a prevalência de transtornos da personalidade na idade avançada seja cada vez mais alta, ainda são escassos os estudos e dados relativos ao diagnóstico e tratamento desta população. O autor aponta que o preconceito cultural e profissional tem criado um viés de entendimento, que tem impedido que um maior número de pesquisas científicas possa ser realizado. Este autor considera ainda a existência da relutância em psicanalistas mais jovens de tratarem pessoas mais velhas, pois podem ser ativados conflitos familiares universais e tabus infantis que podem fazer com que o terapeuta sinta-se ameaçado. Segundo o autor, é necessário, portanto, que o terapeuta tenha uma grande experiência de vida, acrescida do conhecimento técnico relativos a patologias de caráter suficiente para que ocorra o fortalecimento da identificação com o paciente idoso, possibilitando assim o trabalho terapêutico.

Salvarezza (2005), psicanalista e pesquisador na área da psicogerontologia, aponta que não há duvidas quanto à necessidade, eficácia e indicação da psicoterapia na velhice frente à demanda por cuidados no campo da saúde mental. Para o autor, a indicação da psicoterapia para o idoso faz parte de um tripé no qual estão incluídas ainda a psicofarmacologia e a psicoterapia de apoio com os familiares. A eficácia terapêutica será relativa aos recursos disponíveis utilizados. A partir de uma extensa pesquisa bibliográfica sobre o tema, Salvarezza (2005) coloca que as dificuldades atribuídas à realização da psicoterapia, especialmente psicanalítica, na velhice são geralmente relacionadas aos próprios psicanalistas e dizem respeito principalmente as resistências atribuídas aos preconceitos sobre a velhice e aos aspectos contratransferências.

Em tese recentemente apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Schawarz (2008) propõe uma forma de intervenção por meio da psicoterapia grupal breve dirigida aos idosos. A partir do aporte teórico da Psicologia Analítica, a autora trabalhou com um grupo de sete idosos, alunos de uma Universidade Livre da Terceira Idade da região do ABC. Foi utilizado o Método de Rorschach como teste e reteste para avaliar tanto a evolução de cada participante como do próprio grupo. O foco delimitado foi auto-estima e foram usados durante as sessões recursos expressivos (desenhos), material onírico e relaxamento. Como conclusões foram apontados benefícios decorrentes do processo psicoterápico, tais como: maior controle da ansiedade, redução do nível de crítica e do nível de ansiedade e de medo associados às relações interpessoais, o não

reaparecimento de conteúdos relacionados à impulsividade e ao descontrole, controle emocional mais eficaz e uma afetividade mais viva, com uma maior abertura para o contato com o outro.

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo abriga projetos de diversas naturezas, entre os quais aqueles dedicados à pesquisa de enquadres clínicos diferenciados com pacientes idosos. No APOIAR temos desenvolvido atendimentos em Psicoterapia breve[12], além de pesquisas sobre Qualidade de Vida e Depressão em idosos e a utilização de Técnicas Projetivas[13]. A Ser e Fazer–Oficinas Psicoterapêuticas de criação- serviço pertencente ao Laboratório, tem também desenvolvido trabalhos neste âmbito e dentre eles devemos destacar o trabalho realizado com pacientes de uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso da cidade de São Paulo, onde relatam o atendimento grupal de idosos por meio da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados (Manna e Aiello-Vaisberg 2006) e também a Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças, enquadre clínico que ora abordamos neste estudo.

A pesquisa por enquadres clínicos diferenciados voltados ao idoso resultou em nossa Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (GIL, 2005). Este estudo tinha como objetivo principal, compreender o idoso que busca a clínica psicológica com sintomas de depressão. Foram apresentados por meio de narrativas, dois atendimentos clínicos de pessoas idosas com sintomas de depressão, que ocorreram no período de 10 a 12 sessões individuais, com uma sessão semanal. Foram utilizados instrumentos projetivos: o Questionário Desiderativo e o Teste de Apercepção temática para idosos (SAT), empregados não só como auxiliares no psicodiagnóstico, mas como facilitadores e mediadores no contato terapêutico. Com um modelo inspirado nas Consultas Terapêuticas propostas por Winnicott (1965/1994), apresentamos os Encontros Terapêuticos como forma de intervenção psicoterápica dirigida ao idoso, os quais demonstraram ser ao longo do processo potencialmente mutativos.

[12] Altman, M. Yamamoto, K; Schawarz, L.R. Tardivo, L.S.L.P.C. Atendimento em Psicoterapia Breve Operacionalizada a idosos. IN:Tardivo,L.S.L.P.C.;GIL,C.A. APOIAR – Novas propostas em Psicologia Clínica,São Paulo,Sarvier,2008.

[13] Projeto em fase de conclusão, financiado pelo CNPq sob a coordenação da Profa. Livre Docente Leila Cury Tardivo intitulado : Qualidade de Vida e Depressão em idosos de São Paulo –Estudo de validação do Teste Projetivo SAT.

A OFICINA PSICOTERAPÊUTICA DE CARTAS, FOTOGRAFIAS E LEMBRANÇAS

A Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças é baseada em um modo de intervenção psicanalítica que utiliza enquadres clínicos diferenciados á luz da teoria Winnicottiana. Este trabalho vem sendo desenvolvido no âmbito da Ser e Fazer – Oficinas Psicoterapêuticas de criação- e APOIAR, serviços abrigados no Laboratório de Saúde mental e Psicologia Clínica Social e é realizado atualmente no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e também em parceria com instituições diversas.

As Oficinas Psicoterapêuticas tem se caracterizado por constituir um importante espaço que privilegia tanto o atendimento a comunidade quanto o desenvolvimento da pesquisa clínica. Nesta perspectiva, podemos considerar que os enquadres clínicos diferenciados, constituem-se em settings alternativos nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor (AIELLO-VAISBERG, 2004). As Oficinas Psicoterapêuticas, a partir de diferentes tipos de materialidades mediadoras, visam oferecer um ambiente terapêutico que possa favorecer o crescimento emocional e o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, criando condição de sustentação emocional e a recuperação do gesto criativo, podendo assim gerar mudanças.

A apresentação da materialidade mediadora em cada oficina é vista como um elemento facilitador do brincar, podendo ser considerado como um paradigma do Jogo do Rabisco proposto por Winnicott (1968). A materialidade que é usada como mediação na comunicação entre o terapeuta e o paciente tem a função de facilitar a expressão do *gesto espontâneo*, fazendo com que o paciente saia de um estado de passividade e possa agir sobre o mundo, recuperando assim a possibilidade de existir de modo criativo no mundo.

Neste tipo de enquadre se destaca o caráter não interpretativo em que o terapeuta não segue o modelo de “saber sobre o outro” decifrando o que ficou inconscientemente recalcado, mas parte do principio que a possibilidade da experiência do encontro inter-humano se fará acompanhar naturalmente pela articulação simbólica (AIELLO-VAISBERG e MACHADO, 2003). Assim, nesta proposta de enquadre diferenciado, segundo Aiello-Vaisberg (2006): ‘A intervenção fundamental neste caso será o manejo ou holding, mediante o qual se exerce um cuidado à continuidade de ser, que favorece movimentos no sentido da integração pessoal que se encontra no gesto criador’. (p.26).

Na Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças, são realizados encontros semanais onde os pacientes recebem o convite para que tragam cartas, fotografias, objetos ou ainda lembranças de qualquer natureza. Sobre um cavalete, apóia-se um quadro magnético branco que auxiliado por imãs, recebe e sustenta os diferentes objetos trazidos em cada sessão. Forma-se ainda na base do quadro um beiral, onde são apoiados objetos, livros, cadernos, etc. Deste modo no espaço potencial criado, no conjunto, ocorre à manifestação de uma expressão coletiva, mas que conserva o também o particular e singular de cada indivíduo. Após afixar os objetos os participantes posicionam-se ao redor do quadro e é aberto um espaço para falar sobre as recordações e experiências que estes objetos suscitam, bem como sobre tantos outros acontecimentos que fazem parte da vida de cada um. Ao final da sessão, o quadro magnético é fotografado e a fotografia compõe um álbum que registra a produção do grupo.

Segundo Machado ET Al (2003, p.68), os objetos trazidos as sessões podem ser designados como "*objetos dramáticos*", pois:

> ..provêm da história de vida de cada um e têm o poder de constelar, no aqui e agora, uma experiência emocional significativa do passado (...) esta expressão enfatiza o enraizamento do objeto na trajetória do viver pessoal, bem como o fato de virem entretecidos com narrativas de histórias de vida.

Ainda segundo as autoras, a partir de articulações teóricas com o pensamento de Politzer (1928/1975) e Bleger (1963/1984, o termo dramático neste caso é usado em seu justo significado, pois, para Politzer (1928/1975, p.27) não existe nenhuma conduta na esfera humana que não tenha sentido e a compreensão deste sentido deve se dar em um contexto que leve em conta a história de cada indivíduo em seu aspecto singular. Este autor irá utilizar o conceito de *drama* e, ao falar sobre a *vida dramática do homem*, ressalta que é justamente esta característica dramática que irá possibilitar um estudo cientifico.

Com o objetivo de ampliar a compreensão das vivências emocionais dos participantes neste tipo de enquadre, devemos considerar os conceitos de *recordação* e *transicionalidade* como elementos centrais sob a ótica psicanalítica.

Em 1912, Freud ao descrever a dinâmica da transferência, aponta para os impulsos inconscientes que não desejam ser recordados, mas "... esforçam-se por reproduzir-se de

acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação". (1912/1990, p.143); fazendo uma clara referência aos mecanismos dos sonhos. Posteriormente no artigo intitulado "Recordar, Repetir e Elaborar "(1914/1990), Freud retorna a este tema e já com a teoria da hipnose abandonada, crê que a tarefa principal do tratamento psicanalítico neste sentido, é desvelar, a partir da associação livre, o que o paciente deixava de recordar. Tratava-se, portanto, de preencher lacunas na memória, o que só poderia ser possível superando as resistências oriundas da repressão.

Ainda neste artigo, Freud introduz a idéia da recordação no tratamento psicanalítico que assume a forma de uma atuação, ou ainda da repetição à medida que o paciente não consegue superar as resistências devido aos conteúdos que ficaram reprimidos. Assim, quanto maior a resistência do paciente, mais ele substituirá o recordar pelo repetir (acting out). Baseado nestes aspectos, o objetivo do tratamento psicanalítico englobava a possibilidade do paciente passar recordar ao invés de estar preso à compulsão a repetição. Deste modo, para Freud, o principal instrumento para que ocorresse esta modificação estava no manejo da transferência pelo analista onde fosse possível substituir a neurose comum pela neurose de transferência, passível então de ser curada pelo trabalho psicanalítico.

Em 1951, Winnicott ao abordar os *Objetos e Fenômenos transicionais*, deixa claro que não é seu objetivo tratar o uso dos primeiros objetos nas relações objetais,seja este o punho do bebe ou o primeiro ursinho de brinquedo, mas sim, segundo ele, "Meu interesse aqui é a primeira posse, e a área intermediária entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido" (p.318). Nesse sentido, Winnicott refere-se a expressão "Objeto Transicional"e "Fenômeno Transicional" para nomear à área *intermediaria da experiência* entre, por exemplo, o polegar do bebê e o ursinho e mais tarde a outros fenômenos , como por exemplo entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal. Winnicott (1951) designa esta terceira área como uma região intermediária da experimentação e tanto a realidade externa quanto interna do indivíduo contribuem para a sua existência. O autor destaca a função desta área, como relacionada a um lugar de descanso para o indivíduo, frente à tarefa de manter as realidades externas e internas, ao mesmo tempo, separadas e também inter-relacionadas.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Desde 2003, temos desenvolvido a Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças. Esta oficina, desde sua concepção, tem sido marcada pelo caráter inclusivo que tem norteado nossos trabalhos e atende a pacientes de idades e demandas diversas, representando assim uma experiência que tem se revelado bastante frutífera e de grande potencial mutativo. É importante notar que embora tenhamos sempre mantido o caráter inclusivo do trabalho, o grupo que vem ao longo dos anos participando da Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças é predominantemente composto por pessoas acima de sessenta anos de idade, sendo que atualmente é formado por idosos em sua totalidade.

Devemos considerar também como justificativa quanto à relevância deste trabalho, o crescente envelhecimento populacional e a conseqüente necessidade de melhorar a qualidade de vida do idoso, o que nos motiva a buscar novos enquadres clínicos que possam ser profícuos a esta população. Além do mais, observamos com base em dados da literatura que embora tenha havido progressos nos últimos anos, ainda há uma carência de trabalhos que contribuam para uma maior compreensão do envelhecimento sob a luz dos conceitos psicanalíticos.

O objetivo deste estudo é apresentar as reflexões sobre o atendimento grupal de idosos por meio da Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças.

ASPÉCTOS METODOLOGICOS

A Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças que abordamos neste estudo foi dirigida a um grupo que manteve a configuração atual por um ano, do qual fazem parte cinco homens com idade entre 60 e 73 anos. Os participantes procuraram o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Ser e Fazer Oficinas Psicoterapêuticas de Criação/APOIAR com queixas diversas, entre as quais sintomas depressivos. A Oficina é realizada semanalmente e neste enquadre, os pacientes são convidados a trazer para a sessão cartas, fotografias e objetos, que são afixados ou apoiados em um quadro magnético e durante uma hora e meia falam sobre as recordações despertadas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o processo psicoterapêutico os pacientes têm trazido a Oficina fotografias, cartas e objetos variados e temos vivenciado diversas situações que resultam, sem dúvida, em um rico material clínico. No entanto, neste estudo, vamos nos referir a alguns aspectos de três pacientes e sua participação na Oficina a título de ilustração clínica.

Jorge[14] tem 70 anos e mora com a esposa e um neto de oito anos, cujos pais (sua filha e o genro) residem em outra cidade. Relata desde o início desanimo e tristeza, principalmente após o assassinato do filho de 30 anos, cinco anos atrás. Conta que desde então não falam sobre este assunto na família, o que para Jorge, tem sido muito difícil. Logo que iniciou o trabalho na oficina,Jorge trouxe muitas fotografias e desenhos realizados pelo neto.Trouxe também objetos; um radio,a carteira de trabalho e várias referências sobre momentos importantes da sua vida (formatura,casamento,aposentadoria,etc.).

Após seis meses de participação da Oficina, Jorge passou a trazer fotografias tiradas dos filhos na infância. Aos poucos, foi nos contando sobre aspectos da vida de seu filho e também sobre as circunstâncias de sua morte, ocorrida de forma bastante violenta. Relatava que o grupo era o único lugar onde podia falar sobre o filho e chorar sua morte, pois a esposa ainda evitava falar do assunto e perante os amigos e demais familiar ele procurava não demonstrar seus sentimentos, pois achava que deveria manter uma imagem de homem forte que apesar das adversidades conseguia manter-se firme. Em uma sessão trouxe um álbum de fotografias vazio e se propôs a fazer um álbum com fotografias de seu filho. Durante algumas sessões, dedicou-se de fato a esta tarefa, auxiliado pelo grupo que opinava quanto à ordenação e posição das fotografias no álbum. Jorge ao longo das sessões tem se mostrado mais animado e faz planos sobre a volta da filha e o genro para sua casa e atividades que quer realizar na companhia do neto.

Paulo tem 60 anos e aposentou-se recentemente. Disse sofrer, segundo ele, de “fobia social”, pois tem muita dificuldade no relacionamento com as pessoas. Está separado da esposa há muitos anos e tem um filho já casado com o qual mantém pouco contato. Sente-se isolado, inseguro e com poucos prazeres na vida. Durante o processo psicoterapêutico Paulo enfrentou sérias dificuldades financeiras, o que resultou na perda de seu apartamento e a mudança para uma casa mais simples em um bairro na periferia da cidade. Paulo, na época da mudança trouxe várias fotografias de seu apartamento e durante as sessões as

[14] Os nomes dos pacientes são fictícios, e assinaram Termos de Consentimento para a realização de estudos científicos com seu material.

ordenava de forma cuidadosa no quadro, pois dizia que mostrar ao grupo como seu apartamento era o deixava mais tranqüilo e seguro quanto ao futuro e sua capacidade de se adaptar a nova casa.

Com o passar do tempo, Paulo passou a trazer muitas fotografias de sua nova casa, demonstrando o cuidado com que cuidava da organização e de aspectos da decoração. Passou a sentir-se melhor e mais adaptado a nova vida. Paulo trouxe também fotografias e cartas que escrevera para uma namorada. Em uma sessão mais recente trouxe um bolo, o primeiro que havia feito até então, para ser compartilhado com o grupo e demonstrou muita satisfação ao ser elogiado por todos.

João tem 72 anos e há alguns anos atrás perdera uma perna devido a Diabete. Este processo resultara em uma depressão, pois João nos contava no início do processo psicoterapêutico, que logo após a amputação passou a achar que sua vida havia terminado. Passou a isolar-se, a dormir muito e alimentar-se mal. Apesar do apoio que dizia receber da esposa, filhos e netos, João mostrava-se muito triste e com dificuldades de fazer planos para o futuro. Nesta época ele foi encaminhado ao psiquiatra, mas não aderiu à medicação devido aos efeitos colaterais que dizia sentir.

João demorou vários meses até conseguir trazer uma fotografia dos filhos à sessão. Dizia que ao perder a perna não tinha mais nada a oferecer, e sentia um grande vazio em sua vida. Embora já tivesse aprendido a se locomover com desenvoltura com o apoio das muletas, reclamava de sua dependência e falta de energia ao realizar as tarefas diárias. Durante a realização da Oficina, João trouxe as sessões um número reduzido de objetos.Um dia foi convidado a participar de um coral por um dos integrantes do grupo.Ele relutou bastante , mas começou a participar dos ensaios e aos poucos foi demonstrando satisfação em cantar.Em uma das últimas sessões João trouxe o convite para uma apresentação do coral, o que foi recebido animadamente pelos demais participantes.

A partir do material clínico podemos considerar que os três pacientes em questão trazem referências marcantes com relação a perdas que sofreram ao longo da vida. Estas perdas acompanhadas de seu significado emocional foram expressas durante as sessões, por meio dos Objetos Dramáticos (MACHADO ET AL, 2003) trazidos as sessões aliados as narrativas de cada paciente. Assim, Jorge ao fazer o álbum do filho pode vivenciar algo do passado em um momento presente, o que não fora possível até aquele momento, o que

resultava em um estado melancólico. Este “fazer” o álbum revelou-se em nosso entender associado ao “ser”, pois foi acompanhado de sentido para Jorge. Esta resignificação do passado no presente, tornou possível a criação também de um sentido para o futuro, a medida que Jorge passou a fazer planos e valorizar as suas possibilidades presentes (a volta da filha para casa e o planejar atividades com o neto).

Do mesmo modo, percebemos que Paulo, também com uma vida marcada por perdas, à medida que traz as fotos de seu apartamento e depois da nova casa, pode dar também um novo significado a estes fatos. Em conseqüência, as suas fotografias que retratavam de início somente objetos, passam também incluir pessoas (a namorada) e mais tarde, da mesma maneira que Jorge ocorre à nova experiência do “fazer” um bolo e compartilhar com o grupo. Paulo pode assim vivenciar uma forma de ser mais criativa e próxima de si mesmo.

João, que mostrava a dor de sua perda presentificada no próprio corpo (a amputação da perna) demonstrou uma grande resistência em trazer as sessões os objetos solicitados. A perda da perna representava para João, a sua própria incapacidade em levar uma vida criativa e significativa. Neste sentido, não era possível constelar no presente a experiência passada, o que era representado pela ausência dos Objetos Dramáticos. Com o processo terapêutico, percebemos que João pode também experimentar um novo “fazer”, que neste caso, auxiliado pelo holding do grupo, traduziu-se no ato de cantar e convidar o grupo para que o assistisse. Somente deste modo foi possível, a nosso ver, a apresentação de uma forma mais espontânea do Objeto Dramático (o convite para o coral).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio destes objetos dramáticos, temos observado ao longo de nossa experiência o acontecer de um *mundo transicional* (AIELLO-VAISBERG, 2006), onde o passado (que pode ser recente ou mais remoto) se presentifica, em um movimento de resignificação, que auxiliado pela possibilidade do compartilhar emoções com o grupo em um ambiente favorecido pelo holding do terapeuta; torna possível abrir e criar novas perspectivas para o futuro. Neste sentido,gesto e narrativa se entrelaçam,buscando obter no encontro terapêutico a presentificação do Self.

Desta forma, podemos pensar que a materialidade utilizada em nossa Oficina possa ser um agente catalisador do estabelecimento de uma forma de relação transferencial. Em tal relação, a possibilidade de lembrar e compartilhar estas lembranças com o grupo, em um ambiente sustentador, em que exista o holding oferecido pelo terapeuta e pelo próprio grupo, torna possível o criar/encontrar do paciente. Este processo leva, por sua vez, a uma resignificação do passado no presente e ao mesmo tempo a criação de perspectivas futuras, trilhando um caminho em direção a uma forma mais integrada de ser e estar no mundo, onde o lembrar pode ser entendido como possibilidade de integração do self, rumo a uma existência mais criativa e próxima de si mesmo.

Concluímos que este enquadre favorece o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, promovendo a melhora dos sintomas depressivos e possibilitando experiências emocionais mutativas.

REFERÊNCIAS:

ABRAHAM, K. *Teoria Psicanalítica da libido*- sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.e MACHADO, M.C.L. Sofrimento humano e estudo da "eficácia terapêutica" de enquadres clínicos diferenciados In: AIELLO-VAISBERG, T. M.J; AMBROSIO, F.F. (org). *Cadernos Ser e Fazer*: apresentação e materialidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.p.6-35.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e Fazer: enquadres clínicos diferenciados na clínica Winnicotiana.* Aparecida,SP:Idéias e Letras,2004.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Efeitos clínicos da arteterapia Winnicottiana. In:AIELLO-VAISBERG, T.M.J; AMBROSIO, F. F.(org). Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais. São Paulo:Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo,2006.p.21-31

BLEGER, J. *Psicologia da conduta*.Tradução de Emilia de Oliveira diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. (Trabalho original publicado em 1963)

FREUD, S. Sobre a Psicoterapia. In:*Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*,3. Ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990.v.3 (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S.A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990.v.3 (Trabalho original publicado em 1912).

FREUD, S.A Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: *Edição Standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*,3. Ed. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v.3 (Trabalho original publicado em 1914).

GIANETTI, E. (2005) *O valor do amanhã*. São Paulo,Companhia das Letras,2005.

GIL, C.A. *Envelhecimento e depressão*: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico. 2005.179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

KERNBERG, O.F *Transtornos graves de personali*dade: estratégias psicoterapêuticas. Porto Alegre,Artes Médicas,1995.

MACHADO, M.C.L. AIELLO-VAISBERG, T.M. J; GIL, C.A; TARDIVO, L.S.L. P Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças: uma experiência dramática. In: AIELLO-VAISBERG, T.M. J, AMBROSIO, F.F. (org). *Cadernos Ser e Fazer*: Apresentação e Materialidade.São Paulo.Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.p.66-81.

MANNA, R.E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2006) Oficina Psicoterapêutica de tapeçaria e outros bordados: bordando a vida ponto-a-ponto. In: Aiello-Vaisberg T.M.J. Ambrosio,F.F.(org.) *Cadernos Ser e Fazer* :Imaginários coletivos como mundo transicionais.(95-116).São Paulo:Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

POLITZER, G. *Critica dos fundamentos da psicologia*: Lisboa: Presença, 1975. (trabalho original publicado em 1928).

SALVAREZZA, L. *La Vezes:* uma mirada gerontologia atual. Buenos Aires: Paidós, 2005.

SCHWARZ, L.R. *EnvelheSer- a busca do sentido da vida na terceira idade*: uma proposta de psicoterapia grupal breve de orientação junguiana. Tese Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

WINNICOTT, D.W. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.SHEPHARD, R. (org) *Explorações Psicanalíticas.* Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas,p.244-248,1994.(trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT,D.W.O jogo do rabisco (Squiggle game). WINNICOTT,C.; SHEPHARD,R. (org). Explorações psicanalíticas. Tradução de Jose Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, p.230-243, 1994. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D.W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais.(p.13-44).In: *O brincar e a realidade*.Rio de Janeiro: Imago editora,1975.(Trabalho original publicado em 1953).

ATENÇAO PSICOLOGICA CLINICA: OS ENQUADRES SER E FAZER

Fabiana Follador e Ambrosio[15]
Tânia Maria José Aiello Vaisberg[16]

RESUMO

A Ser e Fazer, grupo de pesquisa que desde 1997 problematiza a eficácia clínica – em âmbito psicoterapêutico e psicoprofilático – de certo tipo de proposição, os chamados *enquadres diferenciados ser e fazer*, tem sua origem no estudo epistemológico da obra blegeriana (1963), inspira-se na concepção psicopatológica implícita no pensamento de Winnicott e apresenta modalidades de cuidado emocional concebidos à luz do conceito de transicionalidade (Winnicott, 1951/1971). Sendo assim, vale-se do conceito de material-rabisco e de mundo transicional para apontar a criação de um enquadre clínico onde a sustentação do acontecer humano possa acontecer.

Palavras-chave: José Bleger – Donald W. Winnicott – estilo clínico ser e fazer – transicionalidade - psicanálise

O Homem Concreto, sua Conduta e a Psicanálise

Compreendemos, com a ajuda do psicanalista argentino José Bleger, que o objeto de estudo da psicanálise é a conduta humana (1963). Dessa forma, assumimos que nos

[15] Doutoranda em Psicologia, com bolsa CNPq, pela PUCCAMP; Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP com bolsa CNPq. Pesquisadora associada do grupo de pesquisa CNPq “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção” da PUCCAMP. Membro efetivo, Diretora Secretária do NEW: Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo; Diretora Co-Editora da FLAPAG – Federação Latina de Associações de Psicanálise de Grupos.

[16] Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; Orientadora de Mestrados e Doutorados dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Coordenadora da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação; Presidente da NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

encontramos maximamente próximos à dramática da vida, ao homem concreto, como apontava Politzer (1928) na sua Crítica à Psicanálise. Bleger, além de contribuir para a divulgação do pensamento do filósofo estudioso da obra freudiana aos latino-americanos, também respondeu a esse apontamento, propondo que as ciências humanas estudam um único fenômeno, a conduta, mantendo-se, assim, contato com uma psicanálise verdadeiramente concreta, voltada ao acontecer humano e não a teorias que favoreçam abstrações ou um olhar biologizante para a dramática da vida humana:

> "Trabajar en psicologia con el concepto de conducta es una especie de retorno aos hechos mismos, en la medida en que esto es factible en cualquier ciência. (...) Nuestro estudio de la conducta se hace en función de la personalidad y del inseparable contexto social, del cual el ser humano es siempre integrante; estudiamos la conducta en calidad de proceso y no como 'cosa', es decir, dinámicamente." (Bleger, 2001, p.27).

Encontramos semelhante atenção à contextualização dos fenômenos na obra winnicottiana. Este psicanalista inglês sempre esteve atento ao ambiente onde se encontravam as pessoas, onde acontecia a vida. Entre os estudiosos de sua obra é consenso compreender que a noção de ambiente para Winnicott não é apenas levada em conta para proporcionar elementos explicativos acerca dos fenômenos. Para muito além, o ambiente winnicottiano é constituinte da subjetividade. Estamos, portanto, em outro patamar antropológico, onde o ambiente humano tem papel ativo, preponderante, no amadurecimento emocional humano:

> "Gostaria de dizer que, nestas primeiras e importantíssimas semanas de vida do bebê, os estágios iniciais dos processos de amadurecimento têm sua primeira oportunidade de se tornarem experiências do bebê. Onde o ambiente de facilitação – que deve ser humano e pessoal – possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento

> que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis."[17] (Winnicott, 1966, pág. 08).

Compreendendo por "resultados favoráveis" a possibilidade de viver a vida a partir de um sentimento de realidade, não submisso ou defendido, a viabilidade deste estado experiencial inclui obrigatoriamente a participação ativa e ética do ambiente humano. Sendo assim, não apenas como elemento contextualizador, o ambiente aparece constituindo a *sensação de ser si mesmo*, o *self*.

Postura absolutamente diversa encontramos nas teorizações metapsicológicas. No pensamento freudiano, o indivíduo é concebido como uma mônada movida por pulsões que exigem satisfação desde os primórdios da existência, e o contato com a realidade, com o *não-eu*, acontece de forma submissa para que consiga sobreviver. (Machado e Aiello-Vaisberg, 2003).

Dentro desse panorama e adotando a concepção psicopatológica implícita na obra winnicottiana, compreendemos que o cuidado emocional a indivíduos e coletivos não pode ser concebido como uma técnica, ou um conjunto de procedimentos que independa do encontro inter-humano e das pessoalidades envolvidas, mas sim exige uma postura existencial, ética, que facilite a realização do potencial humano, a gestualidade espontânea pessoal e singular (Aiello-Vaisberg, 2004a).

O ambiente suficientemente bom

Ao mesmo tempo em que compreendemos o homem como concreto, ou seja, alguém que habita um mundo que o constitui e que é constituído por ele, enfatizamos que a noção de saúde emocional relaciona-se com a possibilidade de viver de forma não dissociada, capaz de gestualidade espontânea transformadora do mundo.

[17] *"Quiero destacar que en estas primeras semanas de vida, tan importantes, las etapas iniciales de los procesos madurativos tienen su primera oportunidad de convertirse em experiencias para el bebé. Cuando el entorno facilitador es suficientemente bueno, debiendo ser éste humano y personal, lãs tendencias heredadas del bebé hacia el crecimiento alcanzan sus primeros logros importantes."*

Sabemos que essa capacidade depende da ação do ambiente humano, no sentido de favorecer o amadurecimento emocional e sustentar o acontecer humano. Winnicott nomeia essa "tarefa" ambiental por *holding* e apresenta-a como uma característica materna em uma situação especial, a preocupação materna primária (Winnicott, 1945), onde a mãe sintoniza-se profundamente com as necessidades de seu bebê, não permitindo que este conheça as agonias impensáveis (Winnicott, 1956).

Compreendemos que esse cuidado estende-se para além do relacionamento mãe-bebê, uma vez que a tarefa de integrar as experiências vividas no *self* nunca cessa. Daí decorre que o *ambiente suficientemente bom* deveria encontrar-nos em todas as situações e períodos da vida, não apenas na infância.

Enfatizamos que uma mudança essencialmente importante como a concepção antropológica ou psicopatológica, necessariamente carrega inovações no que tange à proposição de intervenções (Aiello-Vaisberg, 2004b).

Quando se posiciona sobre quais são os objetivos do tratamento psicanalítico, Winnicott aponta para alternativas no que concerne ao enquadre de trabalho:

> "Em minha opinião, nossos objetivos ao aplicar a técnica clássica não são alterados se acontece interpretamos mecanismos mentais que fazem parte dos tipos de distúrbios psicóticos e dos estágios primitivos do desenvolvimento emocional do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?[18]"

[18] *"En mi opinión, nuestros fines en la práctica de la técnica estándar no se modifican si interpretamos los mecanismos mentales correspondientes a los tipos psicóticos de trastorno y a las etapas primitivas de los estados emocionales del individuo. Si nuestro fin sigue siendo verbalizar la conciencia naciente en términos de transferencia, estamos practicando análisis; en caso contrario, somos analistas que practican alguna otra cosa que consideramos apropiada para la ocasión. Y, ¿por qué no?"*

Este convite, compreendido por nós como uma abertura rigorosamente inserida no método psicanalítico, visa a modificação do enquadre clínico não somente em seus termos contratuais, mas sim, em seus objetivos psicoterapêuticos.

Para além de alterações na forma, seja da sala de atendimento, da freqüência e duração dos encontros, das atividades realizadas, concluímos que a profunda modificação deve-se à recolocação do papel do psicanalista, não mais compreendido como um decifrador de sentidos recalcados, mas sim como um sustentador do potencial criativo humano.

A Criação de Mundos Transicionais

Temos respondido ao convite feito por Winnicott com o *estilo clínico ser e fazer*[19], no sentido de que, sendo psicanalistas, busquemos sempre fazer o que é mais apropriado a cada situação de sofrimento, cultivando uma postura de rigoroso respeito ao método psicanalítico.

As características fundamentais que compõem este estilo clínico centram-se na apresentação do enquadre e da intervenção psicanalítica adotada. Vale a pena ressaltar que o *estilo clínico ser e fazer* refere-se a uma postura do psicanalista frente às necessidades percebidas, englobando, portanto, os enquadres grupal, individual, institucional, em âmbito psicoterapêutico ou psicoprofilático[20].

Com o propósito de realizar a criação de mundos transicionais (Aiello Vaisberg, 2004c; Ambrosio, 2005), adotamos intervenção de tipo não interpretativo e a apresentação de materialidades expressivas na composição desta proposta de cuidado terapêutico. Esses

[19] Convidamos o leitor a conhecer o nosso site: www.serefazer.com.br.

[20] É importante destacar que compreendemos que as necessidades não atendidas, reconhecidas pelo psicanalista, são alvo de cuidado emocional. Dessa forma, a realização do objetivo terapêutico independe da capacidade dos indivíduos em oficializarem pedido por psicoterapia, seguindo a proposição blegeriana (Bleger, [1965?]).

elementos encontram-se concordantes às concepções antropológica e psicopatológica assumidas e constituem nossa *forma especializada de brincar*[21].

A partir de uma leitura paradigmática do Jogo do Rabisco (Winnicott, 1968), que ressalta a importância da presença concreta e real do analista no encontro, bem como sugere o uso dialógico de uma atividade, apresentamos a conceituação de *materialidades-rabisco*, que são peças-chave na criação dos mundos transicionais[22]. Essas materialidades expressivas presentificam o 'ser' do analista, tendo, portanto, contundente importância afetiva; fazem parte de seu mundo, que será apresentado ao paciente, seguindo o conceito winnicottiano de apresentação de objeto (Winnicott, 1964).

A criação de mundos transicionais – papeleiros, florais, entre outros - tem papel fundamental neste estilo clínico porque favorece a criação/encontro das experiências, em termos do amadurecimento emocional de cada paciente.

Pretendemos, por fim, sublinhar que este tipo de proposta pode alcançar os consultórios privados e os serviços públicos de saúde, sem abrirmos mão do referencial psicanalítico, mas sim inspiradas na concepção psicopatológica inferida na obra winnicottiana e na sua importante inovação quanto ao conceito de transicionalidade, sermos psicanalistas fazendo algo mais apropriado à ocasião.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004a) ***Ser e Fazer***: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p. 9-21.

[21] Citando Winnicott (1971): "Parece-me válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na super posição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. (p. 80).

[22] Ao leitor interessado, indicamos a leitura de teses e dissertações orientadas por uma de nós: Ambrosio (2005), Camps (2004 e 2009), Granato (2002 e 2004), Mencarelli (2003), Vitali (2004).

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004b) Ser e Fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In Aiello-Vaisberg, T. ***Ser e Fazer***: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. p.119-128.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2004c) Os Enquadres Clínicos Diferenciados e a Personalização/Realização Transicional. 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. 06-17. Disponível na World Wide Web: [http://www.serefazer.com.br/site/public/AV enquadresclinicos dif04.htm]

AMBROSIO, F. F. ***Ser e Fazer - Arte de Papel: uma oficina inclusiva*.** São Paulo, 2005. 179p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo.

BLEGER, J. (1963) ***Psicologia de la conduta***. Buenos Aires: Paidós, 1977.

BLEGER, J. [1965?] ***Psico-Higiene e Psicologia Institucional***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

CAMPS, C. ***A hora do beijo***: teatro espontâneo com adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 152p.

CAMPS, C. ***Ser e Fazer na Escolha Profissional***: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana. São Paulo, 2009. 204f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo.

GRANATO, T. M. M. ***Tempo de Gestar***: Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária. São Paulo: Landmark, 2002. 129p.

GRANATO, T. M. M. ***Tecendo a Clínica Winnicottiana da Maternidade em Narrativas Psicanalíticas***. 2004. 266f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

MACHADO, M.C.L.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2003) Sofrimento, Sentido e Absurdo: Ilusão Criativa e Ação sobre o mundo. In Aiello-Vaisberg, T. e Ambrosio, F. F. (orgs) ***Trajetos do Sofrimento***: Rupturas e (Re) Criações de Sentido. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p.40-54.

MENCARELLI, V. L. ***Em defesa de uma clínica psicanalítica não convencional:*** oficinas de velas ornamentais com pacientes soropositivos. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

POLITZER, G. (1928) ***Critica de los fundamientos de la psicologia.*** México, Martinez Roca, 1972.

VITALI, L. M. ***"Flor Rabisco":*** narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente. 2004. 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In ***Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise***. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.

WINNICOTT, D. W. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In ***Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise***. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 389-408.

WINNICOTT, D. W. (1956) Preocupação materna primária. In Winnicott, D. W. ***Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.*** Tradução de Jane Russo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 491-498.

WINNICOTT, D. W. (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In ***O Ambiente e os processos de maturação***. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p.152-155.

WINNICOTT, D. W. (1964) O Mundo em Pequenas Doses. *In:* WINNICOTT, D. W. ***A Criança e seu Mundo****.* Rio de Janeiro: LTC, 1982. p.76-82.

WINNICOTT, D. W. (1966) A mãe dedicada comum. In Winnicott, D. W. ***Os bebês e suas mães***. Tradução de Jefferson Luiz Camargo, 2a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 1-11.

WINNICOTT, D. W. (1968) O Jogo do Rabisco. In Winnicott, C., Shepherd, R. e Davis, M.(orgs.) ***Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott****.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.230-243.

WINNICOTT, D. W. (1971) ***O brincar e a realidade.*** Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208 p.

ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM GRUPOS A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E ESTRESSE EM PSICOTERAPIA INTERPESSOAL

Aline Ferri Schoedl,
Rosaly Fereira Braga,
Mariana Cadrobbi Pupo,
Fernando Sargo Lacaz,
Marcelo Feijó de Mello

Um trauma pode ser definido como um acontecimento ou uma situação que causa dano a longo prazo no aparelho psíquico. São acontecimentos suficientemente grandes, violentos ou inesperados que podem romper o “escudo protetor” do aparelho psíquico (Freud 1920).

Normalmente, após um evento traumático o psiquismo se adapta e volta ao seu funcionamento anterior. Em outros casos, o sujeito não consegue integrar a vivência traumática à sua experiência, o que leva ao comprometimento de suas funções psíquicas, dentre elas a ruptura de suas defesas psíquicas contra a ansiedade.

A não elaboração da vivencia traumática pode levar a sintomas que, segundo os critérios do DSM-IV e da CID 10 caracterizam o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

O diagnóstico de TEPT foi criado para designar uma resposta sintomática em relação a um evento estressor traumático, inicialmente para sobreviventes de guerra. Estes ex-combatentes persistiam com as imagens traumáticas em forma de pensamentos intrusivos e flashbacks. Em 2004, na 4ª edição do manual norte-americano de psiquiatria (DSM-IV) a definição de trauma foi ampliada, através da inclusão do testemunho de situações traumáticas como possível desencadeador do transtorno.

O TEPT compromete o indivíduo que passa a apresentar medo intenso, revivências da experiência traumática, sintomas de hiperestimulação (insônia, irritabilidade, hipervigilância), evitação de pensamentos e atividades que possam trazer lembranças do evento traumático, o que leva a graus variados de isolamento social.

Conforme citado anteriormente, nem todas as pessoas que vivenciam uma experiência traumática irão desenvolver este transtorno. Dados preliminares mostravam uma prevalência do transtorno em torno de 1% na população geral, 3% na população civil exposta a violência física e 20% entre ex-combatentes da guerra do Vietnã (Helzer 1987) Em estudos realizados posteriormente, baseados nos critérios do DSM-III-R e DSM-IV, as taxas de prevalência variaram entre 7,8% e 11,2% na população geral (Kessler, Sonnega et al. 1995) Quando a investigação restringiu-se a intervalos de tempo limitados, foram encontradas taxas de prevalência de 6% entre mulheres e 1,5% entre os homens no último mês e 1,3% para os últimos doze meses na população geral (Stein, Hanna et al. 1997)

A literatura aponta alguns fatores de risco associados ao desenvolvimento do TEPT: gênero, antecedente psiquiátrico, abuso sexual na infância e ausência de suporte social (Maercker, Michael et al. 2004)

A presença de suporte social é considerada um fator de proteção para o desenvolvimento deste transtorno, esse é um dos fatores fundamentais para a compreensão da dinâmica do indivíduo traumatizado e que deve ser levado em conta nas abordagens psicoterápicas utilizadas. O isolamento social está relacionado aos sintomas de desconfiança e evitação o que dificulta tanto a melhora como a adesão ao tratamento.

A Teoria do Apego tem contribuído para a compreensão do funcionamento do individuo com TEPT. John Bowlby, psicanalista britânico elaborou a Teoria do Apego que tem, em suas bases, a compreensão da importância do vínculo inicial da criança à sua mãe, discutindo os comportamentos de apego em termos de relações objetais (Bowlby 1990) Bowlby chamou de figura de apego, aquela a quem a criança recorre em momentos de aflição, que lhe dará proteção e segurança para que ela possa explorar o mundo longe dela.

A partir da observação de crianças o autor cria o conceito de estilos de apego: apego seguro - pessoas que se sentem confortáveis com a proximidade física e com relacionamentos afetivos -, apego ansioso evitativo – pessoas que buscam por uma independência afetiva e emocional, evitam relacionamentos de intimidade e apego ansioso ambivalente – pessoas que se tornam preocupados e ansiosos quando envolvidos em relacionamentos íntimos, apresentam estratégias não eficazes de busca por suporte social. O estilo de apego caracteriza a forma como o individuo irá se relacionar e se vincular tanto

em sua infância como na vida adulta, o uso que ele pode e consegue fazer de suas figuras de proteção além da capacidade que ele tem de se proteger e de ficar só.(Bowlby 1990)

Apesar da importância fundamental do comportamento de apego na infância ele se mantém durante toda a vida. Para Bowlby, ameaças de perigo, dor, solidão e desmoralização também ativam o sistema de apego em indivíduos mais velhos relativamente autônomos e maduros. O encontro com uma pessoa que propicie contato confortável pode amenizar o mal estar e desativar o comportamento de apego(Lacaz 2009).

Segundo Bowlby (Bowlby 1990) as pessoas que na sua infância passam por experiências traumáticas tenderiam a desenvolver uma forma de se vincular muito frágil. A partir desta compreensão é possível pensar em uma teoria interpessoal do trauma, segundo a qual a fragilidade dos vínculos de vida precoce levaria a uma maior vulnerabilidade do indivíduo adulto para o desenvolvimento do TEPT.

O grau de autonomia de cada indivíduo varia conforme foram internalizadas as figuras de apego. A habilidade de se acalmar, o senso de auto-cuidado, auto-proteção e auto-orientação depende de figuras internalizadas que propiciaram essas qualidades em outros momentos da vida. Frente a um estressor, ou ameaça externa, um indivíduo pode ativar o comportamento de apego e encontrar essas figuras internalizadas em si mesmo, funcionado como contatos confortáveis e desativando o comportamento de apego sem que essa busca passe a ser externa. Por outro lado, a ausência dessas figuras internalizadas, ou a presença de figuras pouco disponíveis mantém o comportamento de apego ativo (Lacaz 2009).

As reações de isolamento social ou de procurar por apoio e contato com as figuras de proteção de um individuo adulto que passa por um evento traumático dependem de seu estilo de apego. Os indivíduos com estilo de apego seguro mobilizam figuras de representação interna e buscam o contato com figuras de proteção que estejam disponíveis a eles. Para eles, existe uma crença de que ao passarem por uma situação difícil eles terão pessoas ao seu lado para lhe proporcionar suporte proteção. Aqueles com estilo de apego inseguro ansioso utilizam estratégias inadequadas que podem levar a reativação do trauma, o que faz com que não consigam utilizar um suporte que possa lhes estar disponível por não conseguir comunicar suas necessidades de forma efetiva, por fim aqueles com estilo de apego evitativo evitam falar sobre o trauma e entrar em contato com as memórias, o que intensifica seus sintomas de esquiva e ,por conseguinte, seu isolamento social.

Pacientes que desenvolvem TEPT provavelmente foram aqueles que desenvolveram um tipo de apego inseguro, não confiam na capacidade de se auto proteger, não conseguem acessar figuras internalizadas que os tranqüilizem e não conseguem usar o suporte social, alem disso são pacientes que muitas vezes em seus relacionamentos só conseguem ocupar o lugar daqueles que cuidam e não daqueles que recebem cuidados.

Com o trauma perde-se a capacidade de usar os afetos como sinais. Perde também a habilidade de se tranqüilizar. A raiva é projetada nos outros, paciente se sente atacado o tempo todo.

Peter Fonagy,(Allen 2008) psicólogo que deu continuidade às idéias de Jonh Bowlby, descreve alguns princípios para o atendimento a pacientes que tenham sido vitimas de trauma. Para ele, existiriam três tipos de vivencias traumáticas: as impessoais, que levam o individuo a ter medo da repetição do evento traumático, as interpessoais que fazem com que o individuo passe a ter medo de pessoas e trauma nas relações de apego que faz com que tenham medo de proximidade, de se vincular e de se tornar dependente das pessoas.

Fonagy amplia o conceito de mentalização - desenvolvido por Uta Frith e Jonh Morton para descrever as vivencias no autismo – para explicar alguns aspectos do transtorno de personalidade borderline como um transtorno relacionado a falhas e traumas ocorridos durante o desenvolvimento.

A mentalização pode ser compreendida como a capacidade que um indivíduo tem de atribuir uma qualidade mental a alguém, de perceber um determinado estado mental em si mesmo e n os outros. O desenvolvimento da capacidade de mentalização seria o fator comum a todas as abordagens psicoterápicas. O bom funcionamento do psiquismo implica uma capacidade de mentalização bem desenvolvida enquanto um psiquismo que se encontra com as funções mais prejudicas terá uma capacidade de mentalização reduzida, por exemplo, as formas mais rígidas de se ver e de ver o outro. Nos sintomas de evitação do TEPT o que o paciente está evitando é justamente a mentalização, além disso, a mentalização é fundamental para o desenvolvimento da resiliência. A re-atualização da vivencia traumática ao invés de relembrá-la é também uma falha neste processo.

A partir destas concepções algumas implicações para a clínica são delineadas: primeiramente a abordagem psicoterápica deve envolver um balanço entre o processamento do trauma e a continência. Além de oscilar entre uma postura observadora e afastada e o

encorajamento gentil. O terapeuta não deve fazer uma integração para a qual o paciente não esteja pronto para lidar.

Fonagy descreve quatro aspectos fundamentais no atendimento a vitimas de trauma são: uma abordagem psicoeducativa na qual se disponibilize conhecimento sobre reações ao trauma, estabelecimento da aliança terapêutica, relação suportiva e regulação das emoções.

Uma das dificuldades fundamentais no atendimento destes individuos é a de que eles menos tem e mais temem o que eles mais precisam: suporte social. O tratamento freqüentemente é alvo de contínuas rupturas e reparações e é esse o dilema de se promover uma relação de apego a um paciente com história de traumas nestas relações.

A ênfase da psicoterapia nestes casos deve estar no processo e não no conteúdo, o objetivo não é a evocação e associação de memórias traumáticas infantis ao trauma atual mas sim modificar os relacionamentos atuais para aumentar e desenvolver os vínculos de apego seguro e promover a mentalização.

O objetivo é permitir que o paciente possa trazer à sua mente as memórias traumáticas e as emoções a ela associadas na forma de uma experiência significativa ao mesmo tempo em que manejável assim como a capacidade de colocar essas memórias fora de sua mente de forma voluntária ao usar estratégias de regulação das emoções e do re-enfoque da atenção.

Diversas abordagens psicoterápicas têm sido utilizadas na clínica do TEPT. Dentre as mais estudas estão a Terapia de Exposição, Eye Movement Dessentization Reprocessing (EMDR), Psicoterapia Psicodinâmica e a Psicoterapia Interpessoal (TIP).

As psicoterapias que apresentam maior evidencia cientifica de sua eficácia bem como um maior número de estudos são as psicoterapia de exposição. No entanto, alguns autores tem apontado as limitações deste tipo de abordagem, uma vez que o enfrentamento e a re exposição e memórias e lembranças do trauma ou a situações que o evoquem podem não ser considerados os fatores principais na psicoterapia destes pacientes , além de tal abordagem dificultar a aderência ao tratamento de alguns pacientes. (Markowitz 2009)

A TIP foi desenvolvida por Gerald Klerman e cols. (1970), (Weissman 2000) como um tratamento breve da depressão maior. Foi testada em uma série de ensaios clínicos controlados para depressão e depois adaptada para outros transtornos

psiquiátricos, dentre eles o TEPT. Trata-se de uma psicoterapia breve, focal e específica, que trabalha no aqui e agora, utiliza o modelo de doença e busca fazer uma relação entre funcionamento interpessoal e humor, com base na concepção de que a doença ocorre sempre em um contexto interpessoal e social que influencia seu início, resposta ao tratamento e prognóstico.

Robertson (Robertson 2007) e Markowitz (Bleiberg and Markowitz 2005) sugerem a escolha da TIP por uma série de características que a compõem: é um tratamento baseado em eventos de vida e o TEPT tem estas características. Pacientes com TEPT manifestam dificuldades interpessoais, alta prevalência de sintomas depressivos comorbidos e prejuízo na modulação dos afetos, questões para as quais a eficácia da TIP já foi demonstrada pela literatura.(Mello 2004)

A TIP vem se mostrando um instrumento eficiente de tratamento e melhora desses pacientes. Seu objetivo é a melhora dos sintomas através de mudanças no funcionamento interpessoal. O objetivo, portanto não é tratar e focar na situação traumática sofrida, mas as seqüelas interpessoais advindas desse trauma.

As metas da TIP no TEPT são as seqüelas interpessoais do trauma, como a hipervigilância interpessoal, a falta de confiança e os confrontos interpessoais advindos destas situações. O foco é a diminuição dos sintomas que interferem na socialização com o objetivo de reestruturar o funcionamento interpessoal através do trabalho das conseqüências do trauma em sua vida afetiva e relacional, em focos determinados no início da terapia breve.(Schoedl , Pupo 2009)

Muito mais que modificar o estilo de apego, a terapia interpessoal tem como objetivo auxiliar o paciente a reconhecer e comunicar de forma mais adequada e eficiente suas necessidades para os outros. Desta forma o indivíduo poderá construir uma rede de apoio suportivo mais eficiente e consistente. A TIP não tem como objetivos modificar as estruturas internas as funções egóicas ou ainda os mecanismos de defesa do paciente, e sim reconhecer e desenvolver um suporte social mais consistente (Lacaz 2009).

No tratamento do TEPT os focos não diferem do tratamento da depressão, sendo eles: o luto freqüentemente está associado a perdas (luto complicado), as disputas Interpessoais que acentuam as dificuldades em desenvolver vínculos de confiança, no foco

transição de papéis trabalha-se com o rompimento dos papéis após o trauma; no foco sensibilidade interpessoal, os sintomas intrusivos ou de evitação que rompem o funcionamento interpessoal, levam a interações problemáticas que estão ligadas a uma vulnerabilidade interpessoal anterior ao trauma.

TIP grupo para TEPT

Diversos estudos apontam o tratamento em grupo como a intervenção mais indicada para vítimas de traumas, principalmente em função dos problemas interpessoais associados a esse transtorno(Mcfarlane 2000)

Conforme descrito acima, os maiores prejuízos interpessoais relacionados ao TEPT incluem alienação, isolamento, desesperança e desconfiança associadas à restrição do afeto, descontrole emocional, irritabilidade e depressão. Assim, o suporte social, a reintegração social e o aprendizado interpessoal, protegidos por um setting terapêutico, são fundamentais para recuperação destes indivíduos

O tratamento em grupo para pacientes com TEPT funciona como um laboratório para novas experiências interpessoais. No grupo eles começarão a retomar a auto confiança, a desenvolver a capacidade de confiança no outro, além de poder se descentrar de seus próprios problemas, o que possibilita ouvir e ajudar os outros.

Cabe ao terapeuta incentivar o encorajamento e a expressão dos afetos do paciente, fazer com que ele consiga identificar e expressar seus sentimentos com relação a si próprio, aos outros membros do grupo e as pessoas de seu convívio. No grupo o paciente também poderá identificar problemas semelhantes em outras pessoas e ser encorajado a acompanhar os progressos do outro, por meio do contágio.

A psicoterapia interpessoal de grupo é sistematizada em vinte sessões – 16 em grupo e quatro individuais, sendo duas anteriores ao início do grupo, uma individual no meio do processo do grupo e uma sessão individual ao término deste. No tratamento em grupo os focos são individuais, trabalha-se com uma abordagem interativa na qual se promove a comunicação direta entre os membros.

Assim como na TIP individual a TIP-G é dividida em três fases: fase inicial, também chamada de fase de compromisso e diferenciação, fase intermediária, na qual cada indivíduo trabalha com suas metas específicas dentro e fora do grupo e fase final, na qual é elaborado o término do grupo (Campanini 2009).

Referências Bibliográficas

Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008). Mentalizing in clinical practice. . London, Washington, American Psychiatric Publisinhg Inc.

Bleiberg, K. L. and J. C. Markowitz (2005). "A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder." Am J Psychiatry **162**(1): 181-3.

Bowlby, J. (1990). Apego. A natureza do vínculo. São Paulo, Martins Fontes.

Campanini, R. F. B. (2009). Terapia Interpessoal de Grupo. Psicoterapia Interpessoal: teoria e prática. L. M. Paulista. São Paulo. **1**.

Freud, S. (1920). Beyond the Pleasure Principle.

Helzer, J. R., LN; McEvoy, L. (1987). "Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiological catchment area survey." N Engl J Med **317**(1630-4).

Kessler, R. C., A. Sonnega, et al. (1995). "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." Arch Gen Psychiatry **52**(12): 1048-60.

Lacaz, F. S. (2009). Bases Teóricas da Terapia Interpessoal. Psicoterapia Interpessoal: teoria e prática. L. M. Paulista. São Paulo. **1**.

Maercker, A., T. Michael, et al. (2004). "Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women." Br J Psychiatry **184**: 482-7.

Markowitz, J. e. a. (2009). "Interpersonal Factors in Understanding and Treating Posttraumatic Stress Disorder." Journal of Psychiatric Practice **15**: 133-40.

Mcfarlane, A. Y., R. (2000). "Clinical treatment of PTSD." Australain and New Zeland Journal of Psychiatry. **34**: 940-953.

Mello, M. F. (2004). "[Interpersonal Therapy: a brief and focal model]." Rev Bras Psiquiatr **26**(2): 124-30.

Robertson, M. e. a. (2007). "open trial of interpersonal psychotherapy for chronic PTSD." Bulletin of royal Australian and new zeland college of Psychiatrists. **15 (5)**: 375-379.

Schoedl, A. F., Pupo, M.C. (2009). Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Psicoterapia Interpessoal: teoria e prática. L. M. Paulista. São Paulo.

Stein, M. B., C. Hanna, et al. (1997). "Structural brain changes in PTSD. Does trauma alter neuroanatomy?" Ann N Y Acad Sci **821**: 76-82.

Weissman, M. M., JC; Klerman, GL (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York, Basic Books.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: BREVES APONTAMENTOS SOBRE AS VICISSITUDES DO TRABALHO INDIVIDUAL E GRUPAL EM CLINICA-ESCOLA([23])

Marília Martins Vizzotto
Maria Geralda Viana Heleno[24]

A prevenção da violência doméstica tem recebido atenção de especialistas, políticos e da sociedade civil e, na medida de suas capacidades, têm-se buscado o enfrentamento deste problema. Temos apontado já em outros trabalhos (VIZZOTTO; HELENO; ARIAS, 2008) que consideramos que a iniciativa de criação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), das Delegacias Participativas e das Delegacias do Idoso, entidades públicas, representa uma preocupação do Estado em atender de forma mais humanizada a população que busca auxílio para os problemas de natureza jurídica. Agrega-se a essa preocupação as associações e entidades civis como as Clínicas-escola de Psicologia, e citamos aqui, entre outras, a Universidade Cruzeiro do Sul e a Universidade Metodista de São Paulo que têm implantado os plantões (atendimentos imediatos) nas próprias dependências das Delegacias, como modalidade de estágio no quinto ano de formação do psicólogo.

Algumas delegacias contam com um núcleo de apoio instituído pela própria Secretaria de Segurança Pública de São Paulo - NAJPS (Núcleo de Apoio Jurídico Psicossocial) que presta atendimentos, orienta e encaminha a população para locais adequados à necessidade de cada sujeito, procurando não prejudicar os procedimentos policiais. Esse núcleo, segundo relatório do próprio NAJPS (s/d) é formado por estagiários de Direito, Psicologia e Serviço Social e é um recurso que trata de questões sociais que são alheias à especificidade da Polícia. Segundo o mesmo órgão é dever dos que integram o NAJPS acolher as pessoas com dignidade e respeito e oferecer-lhes alternativas para que

[23] Esse trabalho é parte de uma pesquisa financiada pelo CNPq – Edital MTC/CNPq/SPM-PR/MDA n.57/2008

[24] Professoras Doutoras - Docentes do programa de “Mestrado em Psicologia da Saúde” e supervisoras de estágio de formação do psicólogo em “Psicologia Comunitária e da Saúde” – Universidade Metodista de São Paulo]

elas possam encontrar possíveis soluções para suas necessidades. A natureza dos casos direcionados a esse órgão relaciona-se com saúde física e mental, alcoolismo e drogas; tentativa de suicídio e senilidade, conduta anti-social, conflitos familiares, entre outros dos mais variados problemas de natureza social, psicológica, jurídica e de saúde geral. Com a existência desse núcleo, também se espera que os policiais fiquem livres para atender ocorrências criminais.

É interessante destacar, que por estudos anteriores (VIZZOTTO; HELENO; BONFIM; ARIAS, 2007) foram observados que nas Delegacias de Defesa da Mulher há um predomínio de denúncias de violência doméstica – contra a mulher e crianças, bem como muitas ocorrências de doentes mentais que não têm como serem atendidos nos órgãos de saúde, tanto pela vasta lista de espera como por dificuldades ou negligência das próprias famílias. De modo que a problemática relativa à demanda que busca atendimento tem sido ampliada, acrescendo-se ao fato de que a violência dentro do lar tem sido, na nossa compreensão, bem como de outros pesquisadores (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; DAY; TELLES; ZORATTO; AZAMBUJA; MACHADO; SILVEIRA; DEBIAGGI; REIS; CARDOSO; BLANK, 2003), uma questão de saúde pública no Brasil.

QUANTO AO MODELO DE ATENDIMENTO

Entre as formas de atendimento que temos realizado, destaca-se o “plantão” que é um atendimento imediato nas dependências das próprias delegacias, bem como os atendimentos que podem ocorrer na clínica-escola, através dos encaminhamentos realizados pelos plantonistas.

No atendimento imediato, já é recomendado pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (NAJPS, s/d) que os estagiários, sob orientação de seus supervisores, observem a necessidade do usuário, identifiquem o recurso e o encaminhem; tendo sempre em conta que a sua atuação não abrange a resolução dos casos. E, sobre esse aspecto, como profissionais de psicologia e supervisores de estágio, temos a plena consciência de que os dizeres desse relatório acima citado são inteiramente coerentes; pois não se tem condições de solucionar os casos no plano imediato.

Assim, a função do plantão psicológico é a de um atendimento imediato dos casos que dão entrada nessas delegacias e, sendo esses feitos por estagiários, entendemos que é necessário que esses desenvolvam habilidades técnicas na condução de uma entrevista

semi-dirigida, bem como de interpretação e diagnóstico preliminar, além de intervenção imediata que culminará no retorno do sujeito ou no encaminhamento do mesmo para outra unidade de saúde.

Desse modo, os plantões se configuram como auxiliares no momento da crise. Sua função tem sido a de ajudar o sujeito ou a família que ali comparece a encontrar melhores soluções, ou alternativas imediatas para seus conflitos. Nesse procedimento há diferenças daquele realizado em psicoterapia, pois o psicólogo plantonista lida com situações de crise ou de emergência que requerem intervenções imediatas. Este manejo permite, em princípio, uma catarse, já que os espaços de escuta promovem esta possibilidade; porém, pela catarse não se tem resolução (esta promove alívio, mas não oportuniza compreensão interna a respeito do conflito - *insight*). Então, esse manejo pede interpretação e essa se baseia nas técnicas de psicoterapia breve. A técnica de psicoterapia breve é adotada no sentido de privilegiar um olhar sobre a situação problema, aqui compreendida conforme Simon (1989), mas também tem a função de mobilizar o sujeito a fim de que este reconheça a necessidade de acompanhamento psicológico efetivo. A principal função do profissional nos plantões orienta-se em: saber escutar, saber investigar, saber intervir e saber conter. O tipo de intervenção utilizada para a obtenção de fins terapêuticos nestes atendimentos depende de cuidadosa avaliação da relação psicólogo-entrevistado, ou seja, do manejo clínico na situação emergencial.

O modelo de entrevista psicodinâmico utilizado valoriza o campo analítico (BLEGER, 1980), as relações que se estabelecem entre terapeuta-paciente e em cuja base erguem-se as projeções (OCAMPO; ARZENO, 1999). Para tal, a estratégia de atenção aos fatores subjetivos enfatiza o acolhimento afetivo que é a base da relação terapeuta – paciente.

É muito comum que o plantonista se depare com casos de pessoas resistentes e de “difícil acesso”, ou seja, aquelas que utilizam a catarse, mas que não esperam que haja modificações (isso é muito comum, de acordo com nossa experiência, entre as mulheres espancadas anos a fio). Assim, as possibilidades desses sujeitos na aceitação de um tratamento contínuo são pobres, pois não encontram razões para fazê-lo. Porém, as condições devem ser dadas e, principalmente, há necessidade que se estabeleça uma relação positiva para a verbalização de emoções e sentimentos, e que o plantonista maneje a situação terapêutica de tal modo que possibilite que o sujeito retorne noutro dia e espere

que o mesmo plantonista o atenda. Isso pode e deve ocorrer mais de uma vez. Com isso espera-se o estabelecimento de um vínculo positivo, pois é só a partir dele que se pode mobilizar o sujeito e alcançar partes salutares de sua personalidade, bem como possibilitar que ocorra o campo analítico de modo a mostrar-lhe que conflitos são seus e não do outro (mecanismos de projeção), que podem ser compreendidos e tratados. Queremos dizer com isso que algumas interpretações devem ser feitas no plantão, pois ele não pode ser eminentemente catártico.

Na práxis há algumas especificidades nesse manejo psicológico que gostaríamos de expor.

VICISSITUDES NO ATENDIMENTO

Nestes constantes atendimentos em Delegacias da Mulher, temos observado que, embora cada caso seja peculiar e mereça sempre atenção específica do terapeuta, há certa regularidade nos casos atendidos quando estes se referem a mulheres em situação de violência. Nestes casos, uma hipótese clínica levantada é que, mesmo considerando a existência de influência dos fatores culturais, a crise provocada pela agressão intensifica as angústias e a ambivalência (amor/odio) pelo esposo, já que ambos os sentimentos ocorrem simultaneamente como processos regressivos. As dificuldades de estabelecer relações vinculares totais na situação triangular revelam também a dificuldade de percepção de um par unido satisfatoriamente e um terceiro excluído sem conseqüências catastróficas. Lembramos aqui Knobel (1987) quando explica a necessidade da criança em reconhecer um par (pais) unido em coito satisfatório de tal modo que a inveja possa dar lugar à identificação com partes mais amorosas.

De outra parte, também não se pode desconsiderar as privações vinculares reais destas mulheres, em que a figura paterna tem sido observada como quase sempre ausente de sua vivência infantil e, cuja mãe possui a exclusividade das relações; fato esse que se contrapõe ao desejo infantil de um casal parental como modelo de identificação primária integradora.

Outros autores têm defendido a idéia de que a vida conjugal (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA-JUNIOR; PINHO, 2002) parece configurar uma repetição dos atos de violência doméstica antes sofrida; fato que Braghini (1995) denominou “mandatos de

linhagem feminina". De nossa parte, embora tenhamos observado a existência desses históricos de vida muito comumente nessas mulheres, não compartilhamos dessa posição.

Os dados observados podem sugerir uma "acomodação" dessas mulheres à situação de violência e que até podemos pensar numa culpa persecutória (GRINBERG, 1963). Nesse sentido, também como apontou Lamano-Adamo (1999) a violência doméstica parece revelar não só uma dinâmica viciosa de privação e traumas, mas essencialmente, uma falta de experiências emocionais que pudessem alcançar representações simbólicas. De modo que parece haver uma profunda incapacidade dessas pessoas em sentir as emoções e pensar sobre elas de forma a propiciar uma integração permanente de novas experiências que ampliam a possibilidade de conhecimento.

Assim, temos entendido que essas dificuldades vinculares, entre outros fatores, dificultam tanto a busca do sujeito por uma psicoterapia quando o próprio processo psicoterapêutico. Porém, não só essas questões são responsáveis pelas vicissitudes do trabalho terapêutico; a inexperiência e as dificuldades do terapeuta são também outro foco de análise.

Embora saibamos que relatos de experiência sempre demonstram um "risco" já que expõem o pesquisador clínico a seus pontos mais nevrálgicos, ainda consideramos que alguns aspectos merecem ser relatados.

Temos observado em nossa experiência, que as dificuldades em levar a cabo um bom trabalho terapêutico podem ser distribuídas em dois grandes tópicos. Um primeiro refere-se às dificuldades encontradas pelo plantonista em conseguir que o encaminhamento seja levado a cabo, ou seja, que o sujeito efetivamente se dirija à unidade de saúde para iniciar um tratamento contínuo e efetivo; pois dos casos atendidos, uma pequena parcela tem sido efetivamente atendida continuamente, já que, ou abandonam o tratamento ou sequer chegam a buscá-lo. Julgamos que uma análise aprofundada desse tópico deveria ser feita, detalhando as variáveis que circundam tanto o procedimento de atendimento quanto a recusa em si em buscar a terapia e também o abandono da mesma, pois mesmo considerando a patologia presente nesses casos, como relatamos anteriormente, outras variáveis estão presentes e mereceriam uma investigação mais apurada.

Outro tópico refere-se ao trabalho grupal. Experiências anteriores de psicoterapia grupal na clínica-escola nos mostraram dificuldades no manejo grupal e apontamos,

sobretudo, o manejo dos aspectos transferenciais e o manejo das resistências. A inexperiência dos aprendizes tem nos demandado muitas reflexões sobre o fato de levarmos ou não a cabo trabalhos dessa natureza em clinica-escola Mas esse aspecto didático também não é pauta de discussão no presente texto. Vamos nos dedicar às vicissitudes em si.

Com relação às dificuldades no manejo da transferência, observam-se: a manifestação de uma reprodução da patologia – representada pelos ataques entre os membros quando alguma dessas mulheres revela ter sido agredida ou ameaçada de forma recorrente pelo esposo; ou seja há uma cobrança efusiva sobre aquele membro do grupo pelas demais componentes e, em geral isso é feito com agressividade. Entendemos que essa reprodução seja necessária para que o material clínico emirja e nesse sentido lembramos Zimerman (1997) quando ao explicar os fundamentos técnicos dos grupos, examina a questão do manejo transferencial e menciona a transferência cruzada, ou seja, aquela em que ocorre de cada membro para com seus pares e de cada um com a totalidade do grupo.

Em geral, após as cobranças são observados expressões de apaziguamento ou aparentes tentativas reparatórias, mas que se configuram muito mais como um “conluio inconsciente”; já que há certamente uma identificação entre os membros. A compreensão dessa questão está relacionada tanto à percepção da resistência e seu conseqüente manejo, quanto à percepção do tipo de vínculo estabelecido no grupo e com o terapeuta. Aspecto esse bastante difícil para os terapeutas principiantes, mas fundamentais na condução do grupo. E, mesmo com a interpretação feita (ainda que com reservas, pois são terapeutas iniciantes) não parece haver mudanças. E nesse aspecto lembramos Fernandes (1997) que ao tratar das configurações vinculares nos trabalhos grupais, afirmou que nas psicoterapias grupais, as interpretações devem ser feitas com base nas reações emocionais do terapeuta; não que o terapeuta deva sair a interpretar o que lhe vier à cabeça sem qualquer critério, mas que seja capaz de perceber as projeções dos membros.

De outro lado, o manejo das resistências também tem sido um aspecto de importância fundamental nesse tipo de grupo, na medida em que, mesmo com discriminação por parte do terapeuta, essas como “resistências inconscientes, obstrutivas” (ZIMERMAN, 1997.) e que impedem a livre evolução do grupo. Assim, ainda seguindo as orientações

desse mesmo autor, entendemos essas resistências como de característica paranóide, de medo do novo e medo de ser desmascarado como um ser tão agressivo quanto aquele que agride.

Assim, o campo grupal acaba se configurando como um lugar propício para a manutenção da mesma situação em que vivem cotidianamente. O grupo torna-se "falsamente" aderente ao tratamento, pois nada é modificado nos pacientes. Não há mudança interna.

Há ainda outro perigo. Caso o terapeuta comece a perceber o conluio, de que aconteçam *actings;* e nesses casos há necessidade de que esses sejam reconhecidos por sua natureza.

Mas o que cabe salientar nessa experiência é que existem algumas preocupações de nossa parte como docentes e supervisoras: a de que conduzamos psicoterapias que não cause mudanças internas, seja por dificuldades dos terapeutas iniciantes no manejo de grupos de modo que esses permaneçam "falsamente aderentes" , pois mantém a patologia, seja por dificuldade também técnica no manejo das resistências, seja pela própria natureza da patologia e sua forma de "difícil acesso".

REFERÊNCIAS

BLEGER, J. ***Temas de Psicologia: entrevista e grupos***. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

BRAGÜINI, L. Mandatos de linhagens femininas: herança de sorte ingrata ou história reciada?. ***Cadernos de Pesquisa do NEP****, Unicamp*, ano.1, n.1, p. 75-88, 1995.

DAY, V.P., TELLES, L.E.B., ZORATTO,P.H., AZAMBUJA, M.R.F, MACHADO, D.A, SILVEIRA, M.B, DEBIAGGI,M., REIS, M.G, CARDOSO, R.G, BLANK,P. (2003) Violência doméstica e suas diferentes manifestações***. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*** [periódico Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. Acesso em 20/11/2008

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. (2000) Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. ***Cad. Saúde Pública*** [periódico Internet]. Ene [citado 2008 Nov

20]; 16(1): 129-137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid

FERNANDES, W. J. Grupoterapia das Relações Vinculares. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. (Orgs) ***Como Trabalhamos com Grupos***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 153-160.

KNOBEL, M. Knobel, M. O vínculo entre os pais e a estruturação edípica na configuração dos distúrbios psicossomáticos. ***Estudos de Psicologia,*** vol.4, n.1, p.9-16, 1987.

LAMANNO- ADAMO, Vera Lúcia C.. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999 . Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413 -81231999000100013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 jan. 2009. doi: 10.1590/S1413-81231999000100013.

NAJPS – Núcleo Apoio Jurídico Psicossocial. Manual de treinamento. Coordenadoria de Programas Sociais da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo. Pereira, D. & Proença A. (apoio técnico). Relatório técnico, s/d, 6 p.

GRINBERG, L. ***Culpa y Depression: estúdio psicoanalítico***. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1963

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.P.L., França-Junior, I. & Pinho, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde ***Rev. Saúde Pública*** vol.36 n.4 São Paulo ago,2002.

SIMON, R. ***Psicoterapia clínica preventiva : novos fundamentos***. São Paulo: EPU, 1989.

OCAMPO, M.L.S. ; ARZENO, M. E. G. - A entrevista inicial. *In* : M.L.S.Ocampo, M.E.G., Arzeno M E G. & Picollo, E.G..(Edts.). **O *processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VIZZOTTO, M. M; HELENO,M.G.V., ARIAS, G.S. Perfil psico-social da clientela atendida em delegacias da mulher na região da grande São Paulo. ***Actas*** do ***7o. Congresso nacional de Psicologia da Saúde*** **,** Porto, PORTUGAL, 2008

VIZZOTTO, M. M; HELENO,M.G.V; BONFIM, T.E; ARIAS, G.S. 2007 Sufrimiento y adaptación: un análisis de las denuncias de la violencia, considerando las relaciones entre parejas. ***Livro de Ponências, Vol 1 do*** *IX Congresso Nacional de Psicodiagnóstico*, e Jornadas ADEIP, Jujuy, Argentina, 2007.

ZIMERMAN, D. Fundamentos Técnicos. In: ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. (Orgs) ***Como Trabalhamos com Grupos***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.33-40.

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

FATORES QUE DETERMINAM UMA BOA OU MÁ QUALIDADE DE VIDA

David Zimerman

Com o objetivo de enfocarmos o importante aspecto relativo aos fatores que concorrem para uma melhor ou pior qualidade de vida em toda e qualquer pessoa, ou de uma família, o fator essencial diz respeito à formação da personalidade, desde a condição de bebê até a de adulto.

Formação da Personalidade.

Em forma didática, extremamente reduzida e acompanhando a Freud no que ele denominou como "equação etiológica" ou "série complementar", pode-se dizer que são três os fatores centrais que constroem a formação de uma personalidade:

1 - influência da hereditariedade, com a respectiva carga genética provinda de cada um dos pais;
2 - fatores ambientais, muito especialmente a função de maternagem ;
3 - a influência que os fatos naturais da vida, mais felizes ou mais traumáticos, e as novas experiências de relacionamentos, como, por exemplo, a relevância da escola em que a criança está inserida, os grupos sociais na adolescência, etc..

Ênfase no fator ambiental (mãe). Necessidades, Desejos e Demanda.

Não obstante caiba a cada um desses três fatores acima mencionados um terço da importância na construção da personalidade, particularmente creio que o fator ambiental que cerca o bebê, no seu tipo de vinculação com os familiares, muito especialmente com a mãe, nos seus primeiros anos de vida, adquire uma importância de primeira grandeza, mais do que os outros dois fatores de influência.

Essa afirmativa está comprovada por uma atenta observação da "relação mãe-bebê" que permite verificar o quanto a criancinha depende de capacidades suficientemente boas da

mãe (empatia; continência; compreensão da linguagem corporal, etc.) para saciar e preencher as suas (filho) necessidades fundamentais: as biológicas (oxigênio, num ambiente bem arejado; alimentação sadia; cuidados higiênicos; disponibilidade; e as necessidades emocionais (proteção, calor humano, disponibilidade, paz, ou seja, um ambiente tranqüilo, amor, colocação de limites, um justo reconhecimento e incentivo).
Já a palavra desejo designa um aspecto positivo, desde criança, no sentido de que a criança quer repetir o prazer que sentiu quando suas necessidades básicas foram gratificadas. Uma ausência de sentir desejos, tanto no bebê, quanto na criança, adolescente ou futuro adulto, gera um prejudicial estado de apatia

Por sua vez, a expressão demanda designa uma situação psíquica em que a criança manifesta um desejo insaciável, isto é, por mais que os pais atendam a seus pedidos, ela está sempre fazendo novos pedidos, de toda ordem. Frequentemente muitos pais se equivocam, procurando atender todos os pedidos do filho por mais bizarros que esses sejam, fato que representa dois prejuízos: o primeiro é que a necessária noção de colocação de limites fica esvaziada; a segunda falha consiste no fato de que o foco fica concentrado na gratificação externa, quando a verdadeira demanda da criança parte dos vazios internos, que ela tenta preencher com coisas de fora e, assim, nada disso adianta para saciar a criança, ou adulto carente.

Os Quatro Vínculos na vida de todos nós.

A expressão "vínculo", do ponto de vista psicanalítico designa a existência de "elos de ligação emocional e relacional entre duas ou mais pessoas e entre duas ou mais partes dentro de uma mesma pessoa".
São quatro os vínculos: o amor; o ódio, o conhecimento e o reconhecimento. O Amor, nas suas múltiplas facetas normais ou patológicas, deriva das inatas pulsões de vida.
O Ódio deriva das pulsões agressivas (que Freud chamava de "pulsões de morte"), também é inato e também apresenta diversas faces, tanto positivas (agressividade construtiva) quanto negativas (agressão sádico-destrutivas).

Já o vínculo do Conhecimento alude ao complexo problema referente a se o sujeito é verdadeiro, ou seja, se tem amor às verdades por mais penosas que elas sejam, ou se prefere, consciente ou inconscientemente, negá-las, através de distintos mecanismos de negação, ou através de distorções, falsificações e, ou, mentiras.

Por sua vez, o vínculo do Reconhecimento refere à necessidade vital de que todo ser humano, desde a sua condição de bebê, necessita ser reconhecido como alguém que é aceito no ambiente em que está inserido, que é amado, valorizado e desejado.
O "não reconhecimento" por parte de seus familiares e pares, provoca sentimentos de desvalia, que provoca uma auto-estima muito baixa, sentimentos de abandono acompanhados por raiva e desejos de vingança.

Os quatro vínculos estão sempre presentes no psiquismo, são inseparáveis, porém alguns deles, de forma permanente ou circunstancial, pode prevalecer sobre os outros.

Pulsões x Defesas.
Um outro fator fundamental na formação da personalidade é o de origem hereditária, isto é, o ser humano nasce sendo portador de uma carga genética em que as pulsões de vida e as de morte são concomitantes no bebê, porém ao longo da existência, nem sempre se harmonizam, de modo que quando a predominância é a do ódio, desperta um forte estado de angústia.
Para aliviar a angústia, o ego lança mão de "mecanismos de defesa", tanto os de natureza muito primitiva, quanto outras bastante evoluídas.
O embate entre as pulsões contra as defesas, determina os traços de caráter predominantes nas pessoas. Por exemplo, se diante de sentimentos de medo ou de ódio o sujeito utiliza o emprego da defesa de projetar nos outros essas angústias, ele está construindo características paranóides em sua personalidade; se predominar a defesa de uma permanente evitação de entrar em contacto com situações angustiantes, resultará uma personalidade com fortes traços de algum tipo de fobia, e assim por diante.

Transgeracionalidade.

Fator de grande relevância na formação da personalidade é o da passagem de determinadas características, tanto biológicas quanto psicológicas, que passam de geração à geração. Isso se deve a duas razões: uma se deve aos fatores genéticos, que se reproduzem dos pais aos filhos; a outra razão obedece aos fatores ambientais, principalmente no fenômeno que chamamos de identificações, isto é, a criança, ao longo dos anos, vai incorporando valores, modos de agir, etc. dos pais (portanto, indiretamente dos avós, etc.) de modo que ficam iguais ("ficar idem" é igual a identificar tanto em aspectos sadios ou nos patológicos).

Traumas permanentes + Compulsão à repetição.

A palavra "trauma se origina do grego e significa "ferida". Trauma primitivo alude ao fato de que a criança sofreu algum real impacto, forte e doloroso (abandono, perda de algum familiar importante, uma permanente carência no preenchimento de necessidades biológicas e afetivas, uma doença grave, etc.) numa época em que seu ego não tinha condições de elaborar e processar o referido trauma.

O importante a registrar é o fato de que quanto mais precoce for o trauma acontecido na criança, maior é o impacto em seu psiquismo., que se prolonga em sua vida adulta.

Por exemplo, o trauma da não satisfação das necessidades afetivas precoces, determinam a formação de "vazios" que dão origem à formação de quadros clínicos patológicos que na atualidade compõem a nosologia que chamamos de "patologia do vazio", presentes em situações como psicoses, estados "borderline" e estados de alta regressividade, em geral (psicopatas, perversos, adictos, etc.). Uma outra consequência daninha dos traumas sofridos no passado permanecem fixados nos porões do inconsciente e, como que imantados, na vida adulta, da mesma forma que um eletro-ima que atrai metais, o trauma "imantado" também atrai pessoas que reproduzem personagens antigos (pais, irmãos, etc,), com os mesmos enredos que aconteciam no passado, de sorte que o sujeito invadido que foi por esses traumas, fica com uma forte tendência a repetir compulsivamente (a esse fenômeno

Freud deu o nome de "compulsão à repetição") no mundo real exterior, os enredos que estão contidos no seu "teatro do psiquismo" interior.

Qualidade de Vida.

Podemos depreender o fato de que tudo que foi mencionado até aqui, embora de forma bastante resumida, aponta para a importância das vivências mais preponderantemente sadias ou patológicas, que o bebê, a criancinha, criança, púbere, adolescência inicial, estruturam-se de acordo com suas vivências em seu primitivo núcleo familiar.

As experiências gratificantes são internalizadas de forma harmônica e saudável, assim possibilitando a aquisição de uma série de atributos que condicionam o porvir de uma boa qualidade de vida.

Resumidamente, os referidos atributos adquiridos designam aspectos como:

1) a incorporação de "personagens bons".

2) portanto, gradativamente vão se formando "núcleos de confiança básica" no psiquismo.

3)Essa confiança básica favorece uma melhor socialização e confiabilidade nos demais (não confundir com ingenuidade) e principalmente em si próprio.

4) Em decorrência da confiança que deposita nos pais, com a certeza de que pode contar com eles porque constata que o amam (o que não impede que passem fases difíceis, com muitos atritos e desavenças) é suficiente para construir uma boa auto-estima.

5) A introjeção dos personagens bons (pais) conduz á formação de sentimento de admiração por eles, o que se constitui como o melhor ingrediente para a construção de sadios modelos de identificação

6) Esses modelos saudáveis possibilitam uma escolha também sadia de namoradas, esposas, sócios, amigos, etc.

No entanto, existe uma possibilidade contrária, isto é, a de que as más experiências primitivas tenham predominado, de longe, na infância, do que tenha resultado um pólo

oposto ao do, acima, enumerado. Assim, as constantes frustrações, faltas, falhas, carências, desamparo, injustiças, incoerências, inverdades, não reconhecimento e tampouco incentivos, que uma criança sofra de forma continuada, redundam numa não formação de núcleos básicos de confiança no psiquismo; péssimos modelos de identificação; predominância do ódio, com sentimentos de vingança contra a sociedade, às vezes sob a forma das distintas modalidades de violência, de psicopatia, perversões e conduta masoquista.

O sadismo corre paralelo ao masoquismo, de modo que levam uma vida cheia de riscos que representam uma espécie de "suicídio em vida", ou uma degradação, como é o caso de uma drogadição, vida promíscua, e uma doentia escolha de pessoas num convívio grupal ou conjugal

.

A apresentação do trabalho tentará enfocar possíveis preventivas que possam atenuar as condições que geram uma má qualidade de vida em pessoas e grupos, com graves repercussões na sociedade em geral.

PÔSTERES

POSTER 1

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO PÓS-ADOÇÃO: UM AUXÍLIO PARA A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS FAMILIARES

Denise Sanchez Careta[25]
Ivonise Fernades da Motta[26]

Resumo

O Grupo Psicoterapêutico Pós-Adoção tem por objetivo auxiliar a construção de vínculos afetivos familiares entre pais e filhos adotivos. Segundo Winnicott (1950), é mais saudável quando os pais adotivos podem absorver os sentimentos negativos e sobreviver a eles, aproximando-se cada vez mais de uma nova e mais segura relação com a criança. Há um ano, caracteriza-se como intervenção psicoterapêutica pioneira na região do Grande ABC. Os participantes são exclusivamente pais adotivos. A intercomunicação com o Judiciário favorece a indicação dos participantes. Os atendimentos grupais são realizados quinzenalmente, com duração de duas horas. A partir do método clínico, seguimos a abordagem psicanalítica, de D W Winnicott. O grupo retrata dificuldades inerentes ao convívio familiar, fantasias atreladas à adoção, além de sentimentos de insegurança e temor quanto ao futuro. A criança adotiva que inicialmente era alvo das inquietudes dos pais, atualmente as temáticas se compõem a respeito do universo psíquico dos próprios pais. Consideramos que esta intervenção é extremamente importante para auxiliar os pais adotivos a se constituírem como um ambiente suficientemente bom para facilitar o crescimento da criança que foi adotada, que por muitas vezes pode apresentar aspectos extremos de privação, além de facilitar a construção de um relacionamento familiar amoroso.

[25] Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Pesquisadora do LAPECRI: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens – USP. Coordenadora do núcleo de abrigos do LAPECRI, USP. Coordenadora do Grupo Terapêutico de Pós-Guarda e Pós-Adoção do GEAA-SBC – Grupo de Estudos e Apoio à Adoção de São Bernardo do Campo. Psicoterapeuta com pais adotivos: estágio de convivência, período de guarda e adoção. E-mail: denisescareta@usp.br / denisecareta@uol.com.br (11) 4472-6281.
[26] Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do LAPECRI-USP: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens – USP. E-mail: ivonise@usp.br (11) 3887-1516.

> *O princípio básico é o seguinte: se um bebê não pode ser criado por seus pais biológicos, a melhor coisa seguinte para ele é ser adotado por uma família e criado como uma pessoa da família. Além disso, uma adoção legal dá à criança o sentimento de pertencer à família. A idéia de que um jovem ser humano pode ser criado numa instituição, mesmo uma boa instituição, e automaticamente se transformar num ser humano maduro, já foi refutada há muito tempo. A tendência interna para o desenvolvimento e o crescimento emocional muito complexo de cada bebê requer certas condições, e estas condições não podem ser expressas em termos de bons cuidados corporais. Uma criança precisa ser amada, e há razões para isso que podem ser colocadas claramente. Não estamos dizendo que um ser humano pode ser criado pelo meio ambiente ou por bons cuidados, ou inclusive pelo cuidado amoroso dos pais, e sim que o cuidado amoroso é necessário para os processos inatos de crescimento emocional.* (WINNICOTT, 1954/2005, p. 127)

Palavras chave: adoção, ambiente, grupo psicoterapêutico, vínculos afetivos, Winnicott.

Por muitas vezes, não é raro ouvirmos que a adoção se efetiva após a chegada da criança em seu novo lar. Pode-se dizer que, neste momento, muito diferente de um processo de finalização, a adoção está se iniciando.

Pensar a legitimidade da adoção e dos vínculos familiares é compreender que a adoção trata-se de um processo de construção, que os vínculos afetivos se constroem pelas relações experienciadas entre a criança e seus pais[27], pela descoberta proveniente de um encontro, em que um poderá se apresentar com toda sua singularidade para o outro e, assim, constituir uma relação verdadeira.

Evidentemente que a chegada de um filho é carregada de expectativas e que repercutirá um período sensível pela busca de sintonia entre pais e filhos, a adaptabilidade entre a criança e os pais, tanto com filhos biológicos e adotivos. No caso da adoção, estas expectativas podem se expandir impulsionadas pelo fato de os pais não conceberem a

[27] Pais adotivos ou pai ou mãe adotiva, no caso de pessoa solteira.

história inicial de vida do filho adotivo como parte integrante da criança e, com isso, as relações rumarem para um universo de conflitos e desencontros afetivos.

Com relação aos pais, no imaginário, poderão conceber uma criança, um filho, com expectativas e idealizações permeadas por identificações maciças, imagem esta totalmente distante da realidade apresentada pelo filho. Este ponto é interessante para refletirmos: *O imaginário e o real.*

Quando a imagem concebida de um filho percorre o universo das idealizações e se confronta com a realidade, ou seja, o filho visto como ele realmente é e pode ser, podemos pensar em dois caminhos: primeiro o desejado, a transformação do imaginário parental, que pela presença da confiabilidade e da tranquilidade nas relações e consequente fortalecimento dos vínculos, a idealização vai cedendo espaço para acomodar a imagem real e verdadeira do filho, a aceitabilidade do outro como ele é. Segundo, o perigoso e preocupante: o imaginário é destruído pela ação do real e invadido por acentuadas angústias decorrentes de intensas frustrações. Os vínculos não estão fortalecidos o bastante para sustentarem a avalanche do despedaçamento da figura idealizada.

É evidente que este ponto também se abrange para os filhos: os pais concebidos no imaginário distante dos pais reais.

A dinâmica do imaginário e o real tanto se manifesta nos casos de filhos biológicos como de adotivos, mas atrelado a isto um aspecto diferencial se destaca nos casos de adoção: o perigo da quebra do imaginário pela ação do real vinculada à história da adoção.

Para os casos de adoção, ao ter como pano de fundo nas relações um universo de angústias, fantasias, medos e associações imaginárias, a construção de vínculos afetivos poderá ser prejudicada e até interrompida.

Fantasias associadas à história inicial de vida da criança adotiva e o emergir de comportamentos expressados por ela de forma inesperada, poderão conduzir aos chamados "*fantasmas*", aterrorizando os pensamentos dos pais e desencorajando-os a ter esperanças em prosseguir o caminho da construção dos vínculos.

Um exemplo desta perigosa associação dos pais ocorre quando os mesmos associam o comportamento manifestado pela criança, por muitas vezes diferente de suas expectativas, com a herança genética ou mesmo com o histórico da adoção: "*Será que ele fez isso por ser adotado? Será que ficará como o pai ou como a mãe biológica?"*

Essas associações poderão influir significativamente na percepção dos pais sobre o que realmente está acontecendo com o filho, pois poderá se tratar de um comportamento decorrente de uma instabilidade emocional, o que é natural durante o decorrer do desenvolvimento infantil, além de outros aspectos, mas não necessariamente sintomas decorrentes da adoção ou da hereditariedade.

É bem possível que a partir deste cenário as relações afetivas familiares não prossigam em ritmo contínuo e que a filiação não seja constituída e que os pais continuarão sendo pais adotivos e filhos, filhos adotivos e não simplesmente *pais e filhos.*

Tendo em vista minha experiência clínica venho me deparando frequentemente com queixas de pais adotivos repletas de aflições, incertezas, inseguranças e dúvidas sobre condutas, sem ter aparentemente um caminho seguro e definido a ser percorrido. Da mesma forma, filhos adotivos que ainda se sentem *abrigados* na nova família, isto é, não filiados a ela, tanto pela própria dinâmica psíquica como pela interação deficitária com o ambiente familiar.

Ainda como fruto da experiência com a clínica, especialmente com atendimentos psicológicos a pais e crianças adotivas, sublinho a importância do acompanhamento psicoterapêutico com pais após a adoção[28]. Convém assinalar que a importância abrange também a criança, mas que para esta discussão é salutar que o ambiente familiar se apresente fortalecido para auxiliar a criança em seu novo lar, em termos de adaptabilidade e ao crescimento emocional.

> Sem dúvida alguma, é mais saudável quando os pais adotivos podem absorver as ondas periódicas de sentimento negativo e sobreviver a elas, aproximando-se cada vez mais de uma nova e mais segura (porque menos idealizada) relação com a criança. (WINNICOTT, 1950/2002, p. 206-207)

[28] Este texto se refere especificamente sobre uma sumária reflexão da importância do acompanhamento psicoterapêutico durante o período pós-adoção, mas é significativo ressaltar a necessidade de se desenvolver também o acompanhamento psicológico durante o período que antecede o termo de guarda e adoção, com casais e pessoas solteiras candidatos e desejantes a adotar crianças, a fim de acompanhar as possíveis angústias emergentes, além de desmitificar possíveis idealizações que poderão intervir negativamente para o contínuo processo de construção de vínculos afetivos familiares. Atualmente, estamos acompanhando os casais desejantes à adoção durante o estágio de convivência com a criança, que se realiza no abrigo, anteriormente à concessão do termo de guarda expedida pelo Judiciário. Mas, iremos abordar este projeto em artigo específico que será apresentado em outro momento.

A partir de o momento que os pais são auxiliados de forma a integrar os pensamentos e a minimizar o emergir de angústias e ansiedades, os mesmos se apresentam mais fortalecidos emocionalmente e próximos da realidade percebida dos fatos, sem estarem imersos em suas próprias fantasias e idealizações.

Esta integração psíquica vem a facilitar a construção dos vínculos afetivos familiares, como também ajudar a criança a comunicar suas angústias, medos, inseguranças por meio da confiabilidade ambiental proporcionada pelos pais. Esta relação confiável propiciada pelos pais poderá favorecer o avanço do desenvolvimento psíquico da criança.

"*São as **adoções** que podem ocorrer na vida dos indivíduos, e lhes fornecem a possibilidade de sanar velhas feridas por meio de novas experiências".* (Levinzon, G. K, 2004, P. 103)

Atualmente tenho realizado o acompanhamento psicológico com os pais adotivos em grupo, o que vem se apresentando muito satisfatório, pois além dos pais se identificarem com outros pais que também vivenciam angústias e fantasias similares, presentificam-se a benéfica troca de experiências e auxílio mútuo, o *holding*[29] grupal, que vem a facilitar a elaboração de conflitos.

Para finalizar, destaco a importância do acompanhamento psicológico pós-guarda e pós-adoção[30] fundamentalmente como aspecto preventivo e não somente interventivo, isto é, frente ao despertar consciente de angústias dos pais.

Embora oficialmente temos encontrado um número reduzido de devoluções de crianças aos abrigos durante o período de guarda, sabemos que este ato infelizmente ocorre. Os danos psíquicos são avassaladores para a criança que revive de forma intensa o abandono e a possível culpa pela devolução[31]. A criança não poderá jamais ser equiparada a um produto que se devolve porque não gostou. Este desprezível ato reflete o despreparo de pais candidatos a adoção e fundamentalmente a falta de um acompanhamento pós-adoção.

[29] Winnicott, D. W. 1960/1983.
[30] Convém assinalar que o pós-guarda refere-se ao período que antecede a efetivação da adoção pela determinação do Judiciário. Infelizmente neste período a criança poderá ser devolvida ao abrigo pelos pais que obtiveram o termo de guarda. O período pós-adoção refere-se àquele em que a adoção foi concedida pelo Judiciário e a criança passa a integrar a família perante a lei. Neste período a adoção não poderá ser revogada.
[31] Careta, D. S. (2006).

A gente era feliz. Ficava ansioso esperando a volta do meu pai adotivo do serviço. Ele chegava radiante, tratava todo mundo igual, até pensei que era tudo verdade. De repente a família resolveu ir para o Ceará, mas eu não estava incluído na mudança. Voltei para o orfanato. Não lembro de meus pais verdadeiros. Acho que eles me largaram quando eu tinha uns 5 anos. Sinto muita saudade da minha família adotiva. Foi um sonho viver ali". G. S. 14 anos.[32]

Mesmo que não haja a devolução da criança ao abrigo, infelizmente também sabemos de adoções que não se constituíram como um lar, que a filiação não se configurou na constelação familiar e que os laços afetivos não se estabeleceram, isto é, a criança ainda continua adotiva e abrigada em seu novo lar e os pais, frustrados com as expectativas e sem esperanças de constituírem um lar verdadeiro.

É fato que o acompanhamento psicológico durante o período de guarda e pós-adoção se apresenta benéfico tanto como intervenção, frente às expressões de angústias parentais; como preventivamente, para fortalecer o ambiente familiar a fim de sustentar as possíveis instabilidades emocionais que poderão se apresentar ao longo das relações familiares, inclusive manifestações naturais que certamente se apresentam desvinculadas da adoção, ou ainda do histórico inicial de vida da criança adotiva.

> ... Se a adoção transcorre bem, a história é uma história humana comum, e precisamos estar familiarizados com as perturbações e contratempos que fazem parte da história humana comum em suas infinitas variações, para que possamos compreender os problemas especialmente relacionados à adoção. (WINNICOTT, 1953/2005, p. 115)

E ainda:

> ... A adoção ter de ser tão facilmente uma terapia, no sentido descrito aqui por mim: é ainda mais importante que os pais adotivos ajudem a criança em suas dificuldades, mais do que os pais comuns ajudam. O que quero dizer é que enquanto a criança comum é muito enriquecida pela experiência de ser ajudada até o status adulto por sua própria família, no caso da criança adotada temos de dizer que se a família se

[32] Revista Época. 07/07/2003 ED 268.

> fragmenta por alguma razão, não é tanto uma questão de fracasso do enriquecimento quanto uma questão de fracasso da terapia, e o resultado provavelmente será a doença na criança, especialmente a organização na linha anti-social. (WINNICOTT, idem, p. 117)

Assim, justifica-se a necessidade da intervenção psicológica com pais adotivos no período de pós-adoção a fim de auxiliar a construção de vínculos afetivos entre pais e filhos e a favorecer o amadurecimento dos laços familiares: quando o sentimento de filiação se estabelece e tanto a criança quanto os pais sentem que pertencem uns aos outros, há sobrevivência da ligação, dos vínculos entre todos e, assim, constitui-se uma adoção real e verdadeira.

"É importante sublinhar que entre os fatores que contribuem para uma experiência satisfatória de filiação adotiva ***estão a qualidade de preparação para adoção e a habilidade para lidar com os desafios específicos inerentes às relações adotivas.*** (Levinzon, G. K, 2004, p. 80 grifo meu) .

Breves comentários sobre o grupo pós-guarda e pós-adoção na atualidade[33]

Estamos desenvolvendo o atendimento psicoterapêutico de grupo com pais adotivos há um ano. Este projeto se constitui como pioneiro na região do Grande ABC. Em parceria com o GEAA-SBC, Grupo de Estudos e de Apoio á Adoção de São Bernardo do Campo e com o apoio do Judiciário da Comarca de São Bernardo do Campo, realizamos os encontros psicoterapêuticos quinzenalmente, com duração de duas horas. As temáticas são construídas ao longo dos atendimentos, fundamentalmente pelos fenômenos emergentes no grupo.

A intercomunicação com o poder Judiciário favorece a indicação de casais e pessoas solteiras que adotam crianças, em que o Juízo considera este projeto necessário, tendo em vista os resultados apresentados, e o indica para atender situações específicas, especialmente aquelas que necessitam de acompanhamento psicológico no período de pós-

[33]Para este artigo vamos nos ater a comunicar a necessidade do acompanhamento pós-guarda e pós-adoção com pais adotivos e, em trabalhos posteriores, apresentaremos situações clínicas vivenciadas com o grupo.

guarda, compreendido como o período em que a criança deixa de ser abrigada para se incluir numa família substituta.

Ao longo de um ano, o grupo retrata as dificuldades inerentes ao convívio familiar, fantasias atreladas à adoção, além de sentimentos de insegurança e temor quanto ao futuro, este último fundamentalmente quanto aos vínculos afetivos.

Percebemos que a criança adotiva que, inicialmente no grupo era alvo dos questionamentos e inquietudes dos pais, atualmente as temáticas se compõem a respeito do universo psíquico dos próprios pais. Retratam vivências psíquicas, experiências traumáticas e revelam dificuldades emocionais, como por exemplo, a realidade de não viverem a maternidade e ou a paternidade proveniente de gerarem um filho. Os medos, angústias e fantasias, anteriormente depositadas nas crianças pela condição de adotiva, atualmente são retratos das experiências dos pais e alvos de expressivas reflexões no grupo.

Este espaço se constituiu como possibilidade de reflexão sobre a interioridade dos pais, como também abordagens sobre aspectos inerentes do desenvolvimento humano, especialmente atrelados à criança e sua especificidade, neste caso a adoção, tendo em vista sua história inicial de vida, além da valiosa troca de experiências entre o grupo, que abrange o acolhimento coletivo.

Consideramos que a intervenção psicoterapêutica pós-guarda e pós-adoção é extremamente importante para auxiliar os pais adotivos a se constituírem como um ambiente suficientemente bom para facilitar o crescimento da criança que foi adotada, que por muitas vezes pode apresentar aspectos extremos de privação; como também, estreitar cada vez mais o relacionamento familiar amoroso entre pais e filhos, em que a adoção não se constitua como aspecto impeditivo para as relações afetivas familiares.

Esperamos que esta medida interventiva se constitua em uma medida preventiva, em que os pais adotivos participem do grupo psicoterapêutico sem efetivamente estarem atravessando dificuldades com seus filhos adotivos, para que a saúde mental possa ser alcançada e que os relacionamentos entre pais adotivos e filhos adotivos se apresentem naturalmente como relacionamentos entre pais e filhos.

Referências Bibliográficas

CARETA, D. S. (2006) Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

LEVINZON, G. K. *Adoção. Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 133.

Revista Época. 07/07/2003. ED 268. In: Comissão Nacional Pró-Convivência Familiar. Porque Lugar de Criança é em Família.

WINNICOTT, D. W. (1950) A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In: ____ *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 206-207.

WINNICOTT, D. W. (1953) Duas crianças adotadas. In: ____. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 115-125.

WINNICOTT, D. W. (1954) Armadilhas na adoção. In: ____. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 126-130..

WINNICOTT, D. W. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: ___ *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 38-54.

Nome: DENISE SANCHEZ CARETA
Tel.: 11 49964629
Email: denisescareta@usp.br
Cidade: SANTO ANDRÉ
Estado: SP
Cursando: DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
Semestre: Primeiro
Faculdade: USP

POSTER 2

A GUARDA COMPARTILHADA NA VISÃO DE PSICÓLOGOS DA VARA DE FAMÍLIA

Mauricio Martins Ferreira

RESUMO

Este estudo teve como escopo compreender a guarda compartilhada, modalidade recentemente sancionada como lei no Brasil. Teve como objetivo verificar a possibilidade efetiva da convivência dos pais divorciados em compartilhar as responsabilidades nos diversos aspectos da vida dos filhos, enfocando os aspectos psicológicos inerentes ao grupo familiar fragmentado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise baseada em conceitos psicanalíticos. Foram entrevistadas quatro psicólogas peritas judiciais com o emprego de oito perguntas elaboradas pelo pesquisador. Estas profissionais avaliam casos de divórcio que envolvam a guarda de filhos menores. Os resultados apresentaram as dificuldades dos pais envolvidos no processo judicial em lidar com o rompimento do vínculo conjugal, como também a relação voltada ao individualismo, não atentando a demanda dos filhos. Entende-se que os processos em Vara de Família lidam na maioria das vezes com a litigiosidade do ex-casal, sendo a intervenção psicológica solicitada pelo magistrado de suma importância a esses casos, bem como, a mediação familiar realizada por especialistas. Pode-se constatar que a guarda compartilhada ainda é uma modalidade de pouco conhecimento, não apenas pelos pais que procuram o judiciário para se divorciarem, mas também pelos operadores do Direito que, em alguns casos, a associam com a guarda alternada.

Palavras chave: Guarda compartilhada. Divórcio. Filhos. Avaliação psicológica. Guarda alternada.

INTRODUÇÃO

A família sofreu profundas mudanças quanto à natureza, função, composição e concepção nas últimas décadas no Brasil e no mundo. A mulher emancipou-se em relação ao homem, conquistou espaço no mercado de trabalho por meio do movimento feminista, passou a ter responsabilidades e garantir na maioria das vezes, estabilidade e independência financeira. Hoje, a mulher é mais ativa, dinâmica e participativa dos acontecimentos sociais, em contrapartida, reduziu o tempo pertinente à família, inclusive aos filhos.

A guarda compartilhada tem como proposta tornar participativos ambos os pais nas tarefas ordinárias da vida cotidiana dos filhos, com o propósito de reduzir o impacto da separação dos genitores sobre estes. Na guarda unilateral ou tradicional, cabe à mãe a guarda dos filhos, ficando ao pai o direito de vê-los, geralmente, em um período quinzenal e o comprometimento de pagar uma quantia relacionada aos alimentos, estipulada pela justiça, determinada como pensão alimentícia.

Este estudo teve como finalidade investigar, por meio das entrevistas realizadas com psicólogos atuantes na área do direito de família, como esses profissionais compreendem a "guarda compartilhada", ressaltando aspectos positivos e negativos desse modelo de relacionamento entre pais divorciados e os filhos, bem como a sua aplicabilidade. Tratou-se de um estudo de campo com base em fundamentações teóricas.

Procuramos compreender a importância da participação dos pais ao desenvolvimento dos filhos menores. Utilizamos conceitos baseados nas teorias de alguns psicanalistas, no tocante ao princípio do desenvolvimento psíquico humano, a relação primária com o objeto, ou seja, a mãe e o pai.

O Divórcio

Sabemos que o casamento é inerente ao ser humano e que faz parte do processo de vida com o objetivo de constituir família e perpetuar a espécie. Numa relação amorosa, o casal que está prestes a se casar cria uma série de expectativas futuras sobre a vida a dois.

Fantasias de ordens conscientes e inconscientes passam a fazer parte de suas vidas e do grupo familiar composto.

Com a sociedade industrial e competitiva do século XX, os vínculos conjugais sofreram mudanças bruscas em relação à sua qualidade. Além do estresse gerado relacionado a fatores emocionais e pessoais, a desvalorização de um cônjuge ao outro, o desentendimento, a confusão de papéis no cenário familiar, a diminuição gradativa da intensidade do vínculo afetivo, o adultério, são alguns fatores predisponentes que podem levar à separação e sendo assim, o casal conclui como a solução para a infelicidade da vida a dois, o divórcio. Quando um casal com filhos decide se divorciar surge insegurança, ansiedade, medo e angústia da separação, todavia, diversos aspectos em suas vidas sofrerão alterações, inclusive na vida dos filhos.

Em muitos casos, essa separação ocorre de maneira conflituosa onde mecanismos de defesa inconscientes e primitivos são usados agressivamente pelo casal para atingir-se mutuamente, os filhos na maioria das vezes acabam presenciando essa “guerra” e são envolvidos neste contexto.

Segundo Dolto (1989) no período da puberdade, os adolescentes entram em guerra com um dos pais, com o pretexto de que o outro não é feliz, sendo assim, acabam tomando partido nesta disputa entre eles.

Para a criança, a ansiedade de separação resulta no medo e na sensação de abandono. Salienta Costa (2000) que uma das manifestações mais marcantes nelas, entre outras, é a tendência ao isolamento.

A Síndrome da Alienação Parental

O primeiro a dar nome a esse fenômeno foi o psiquiatra Richard A. Gardner, professor de Clinica Psiquiátrica Infantil da Universidade de Colúmbia (EUA) em 1985 onde detectou desvios de afetos das crianças de pais separados em relação ao outro, não detentor da guarda, com o intuito de desmoralizá-lo.

A Síndrome da Alienação Parental (SAP) é um conjunto de sintomas resultante do afastamento de um genitor e os filhos, desenvolvido pelo comportamento doentio do outro

genitor, geralmente a mãe, a detentora da guarda. É um mecanismo utilizado por ela para modelar e condicionar a criança para que fique ao seu lado e odeie o pai sem justificativa. O filho passa a rejeitá-lo, desconsiderando-o e consequentemente o vínculo é destruído. O pai, por desconhecer a síndrome, fica desesperado e impotente.

O genitor alienante utiliza desse mecanismo para se “vingar” do outro genitor, vítima da SAP, colocando-o como o responsável pela infelicidade emocional, financeira, pelas quais, os membros da família enfrentam devido à separação. A alienante se sentido arrasada na relação, envolve a criança em um jogo de mentiras, uma espécie de “lavagem cerebral” que resulta numa imagem distorcida do pai, levando-a vê-lo como um ser extremamente perigoso e nocivo a sua família.

Os pais alienantes utilizam à criança como “arma” no intuito de garantir a guarda, pois, sem vínculo afetivo, não há interesse da criança de aproximação ao outro genitor. Em alguns casos o genitor alienante procura obter a posse exclusiva do filho, um desejo irracional de ter o filho somente para si como se fosse de sua propriedade, não precisando dividi-lo com o pai ou com a nova família que este venha a constituir.

Como sintomas as crianças podem desenvolver depressão crônica, incapacidade de socialização, transtorno de identidade e de imagem, dupla personalidade, sentimento de culpa, isolamento e até suicídio. Os danos causados a saúde mental do filho podem se tornar irreversíveis. A Síndrome de Alienação Parental é tão grave que quando constatado sua existência, o indivíduo alienante pode perder a guarda do(s) filho(s).

Principais Modelos de Guarda

A chamada **guarda unilateral** ou **tradicional**, como estipulada pela lei do divórcio em 1977 (Parágrafo1º do art. 175 da Constituição Federal vigente), procura manter o modelo de família patriarcal, ou seja, a mulher como a única cuidadora e guardiã dos filhos, enquanto o marido fica com o papel de mero provedor das necessidades da família, o que está sendo repensado com a nova estrutura familiar na sociedade moderna.

Normalmente, a justiça privilegia a mãe na detenção da guarda dos filhos por razões socioculturais e psicoafetivas, idéia difundida desde o início do século XX, onde a mãe é

vista como a figura parental mais importante para os filhos, salvo nos casos em que esta se encontra com sério comprometimento intelectual ou físico, ou ainda, não disponha de um ambiente suficientemente bom para fornecer aos filhos um crescimento saudável. Para o pai, especificamente, fica a responsabilidade de pagar subsídios vinculados à condição alimentar (pensão alimentícia) dando-lhe o direito de visita, geralmente quinzenal, estipulado pela autoridade judicial independente da aceitação da genitora.

A **guarda alternada** raramente foi concedida em nosso país e não está prevista na legislação, chegando a ser proibida na Europa, como na França, por exemplo. Este tipo de instituição consiste em que cada um dos pais detém a guarda dos filhos alternadamente, estabelecendo um ritmo de tempo, por exemplo, um semestre, uma semana, um mês, um ano escolar etc.

Dolto (1989) alega que a reação mais comum à criança sob guarda alternada é o desenvolvimento de sua passividade no caráter, ela perde a iniciativa, tanto escolar quanto em relação às brincadeiras e entra em estados de devaneios, sem criatividade, por isso, o social tem enorme importância ao seu crescimento.

Este modelo é considerado inadequado, pois não preserva os interesses dos filhos e causa indefinição, não consolida hábitos e valores e também não estabelece um padrão de personalidade.

Segundo Silva (2008), a **guarda compartilhada** surgiu na Common Law, no Direito Inglês na década de sessenta. Esta modalidade dá aos pais direitos iguais na convivência com os filhos, além de possuírem a guarda jurídica, dividindo a responsabilidade em decisões importantes como saúde, educação e o bem-estar em geral. Confere aos genitores a igualdade no exercício das funções, o papel parental de pai e mãe permanece.

A guarda compartilhada vem sendo aplicada em diversos países da Europa, como França e Alemanha, nos países da América Central, como os Estados Unidos e Canadá, e na América do Sul, como Argentina e recentemente no Brasil, alterando os artigos 1583 e 1584 da lei 10.406 (Código Civil de 2002), sendo estabelecida a lei de Guarda Compartilhada (11.698 de 13 Junho de 2008).

A residência do menor sob guarda compartilhada é única e não alternada para evitar a insegurança e instabilidade, diferente da guarda alternada, que consistia em grandes

períodos de tempo em um local e depois no outro. Poderá ser a casa da mãe ou a casa do pai e até mesmo a casa dos avós, caso nenhum dos pais reúna tais condições.

A obrigatoriedade da *pensão alimentícia* permanece mesmo sob a guarda compartilhada. Os genitores decidem de comum acordo sobre a quantia que será empregada e as necessidades do menor.

Só é possível a aplicação da guarda compartilhada para o casal que se separa consensualmente, pois de forma contrária, não havendo boa comunicação entre as partes (um dos principais requisitos para a implantação desta modalidade), torna-se inviável a sua aplicação.

MÉTODO

Amostra

Participaram desta pesquisa quatro profissionais psicólogas que atuam no poder judiciário e que atendiam casos de separação conjugal (divórcio), onde a guarda compartilhada do(s) filho(os) possa ser estabelecida pelo juiz.

Instrumentos

Na pesquisa foi utilizado o seguinte instrumento:

Questionário elaborado pelo pesquisador, contendo oito perguntas referentes ao tema da pesquisa.

Procedimento

As psicólogas convidadas para participar da pesquisa foram solicitadas por telefone, posteriormente, marcada a data para as entrevistas realizadas de forma individual no fórum onde trabalham.

Em seguida foi aplicado o questionário com perguntas semi-dirigidas e as respectivas respostas gravadas e posteriormente transcritas.

Análise de Dados

A análise tem cunho qualitativo, procurando pontos em comum das considerações feitas pelos participantes acerca dos benefícios e prejuízos para a família, incluindo o menor, sob a instituição da guarda compartilhada. A teoria que embasou a análise dos dados coletados foi a teoria psicanalítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as participantes (com nomes fictícios) é de pouquíssimo interesse dos pais tentarem a guarda compartilhada por diversas razões, entre elas, o desconhecimento e a indiferenciação com a guarda alternada, como relataram ao serem perguntadas sobre o estabelecimento de guarda compartilhada no processo de divórcio:

"Eu tive uma experiência em um caso que iria ser uma guarda compartilhada, mas, na realidade houve uma confusão e o ex-casal fez uma guarda alternada e aí de fato, não deu certo, a idéia era guarda compartilhada e eles confundiram as coisas" (MARGARETH).

"Mesmo que estejam separando-se consensualmente, as pessoas conhecem pouco sobre a guarda compartilhada e, talvez por isso, não a solicite. É um modelo muito recente no Brasil e vem ganhando espaço lentamente em nossa cultura" (BEATRIZ).

É importante destacar que geralmente os pais quando se divorciam, entram numa disputa acirrada por bens materiais e a guarda dos filhos, perpetuando assim, o vínculo conjugal de maneira patológica, impossibilitando a resolução dos conflitos intrínsecos.

Zimerman (2007) salienta que quando as partes em litigiosidade não chegam a um acordo para finalizar o processo de divórcio, é porque existe a possibilidade da interferência de fatores inconscientes, na tentativa de evitar uma enorme angústia desencadeada pelo término definitivo do vínculo, levando o casal a continuar com os conflitos entre eles.

Os casos de divórcio na vara de família trazem à tona os interesses narcisistas de cada indivíduo. As idealizações são abruptamente rompidas e as fantasias de uma vida a dois transformaram-se em ódio.

"Quando se coloca os pais lado a lado para tratar de assuntos direcionados aos filhos, percebe-se que a última coisa que querem conversar é sobre essas crianças, querem

discutir sobre assuntos de interesse deles. Por que você fez isso? Por que você me traiu? A casa é minha e o carro fica com você etc" (MÔNICA).

A guarda compartilhada é um modelo também mal compreendido por alguns profissionais do direito. Entende-se que a criança resida por períodos idênticos ora na casa do pai, ora na casa da mãe, como revela a participante:

"Trabalhei no caso em que as crianças passavam uma semana na casa do pai e uma semana na casa da mãe. Na época era entendida como guarda compartilhada" (SANDRA).

Por esta fala compreendemos um típico caso de guarda alternada, onde não se participa ativamente do dia-a-dia do filho, como ocorre no caso da guarda compartilhada, e sim há uma alternância de tempo igualitário da permanência da criança com os pais.

Segundo as participantes, para os psicólogos da vara de família, cabe investigar até onde a separação dos pais atinge ou poderá atingir de maneira significativa o bom desenvolvimento dos menores que se encontrarem sob a custódia de ambos (no caso de guarda compartilhada) ou de apenas um deles (no caso de guarda unilateral).

No tocante ao papel do psicólogo, relata uma das participantes:

"Uma das grandes contribuições da psicologia jurídica é mostrar aos pais em vias de separação, que a maternidade e a paternidade são algo formado socialmente, os vínculos são construídos e não é inato como muitos pensam. É um trabalho que já vem sendo feito há anos no judiciário" (MÔNICA).

A formação técnica que dispõe o psicólogo para lidar com as diferentes situações emocionais das quais o ser humano vive ao longo da vida, tem ajudado os pais no processo de separação conjugal a entenderem suas angústias em relação aos conflitos emergentes do difícil relacionamento que está chegando ao final, abrindo campo para reflexão no intuito de encontrarem uma solução amigável na partilha dos bens e na guarda dos filhos, filhos estes que necessitarão deles como pai e mãe, com a parentalidade mantida.

O psicólogo pode atuar também como mediador, desde que capacitado adequadamente para esta função. A mediação pode ser feita por profissionais das diversas áreas do conhecimento científico, embora, o profissional como mediador, não poderá atuar de maneira que envolva a sua formação de origem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma ruptura familiar gera frustração e angústia a criança ou adolescente quando estão expostos ao longo processo de separação em que os pais, em geral, os envolvem. De acordo com o que foi apresentado, podemos verificar que a guarda compartilhada no Brasil, assim como nos outros países, é uma alternativa viável para o ex-casal consciente do compromisso parental. Nota-se que esta modalidade de guarda, por estar incluída recentemente em nossa legislação, ainda é pouco solicitada ou até mesmo desconhecida pelos pais e também por alguns juristas.

Os papéis de pai e de mãe ainda não se consolidaram aos genitores no processo de divórcio, os casos que chegam aos tribunais precisam ser avaliados e mediados para chegarem a um consenso. Sendo assim, sem comunicação fraternal entre eles, a guarda compartilhada torna-se obsoleta.

Com o trabalho realizado pelos profissionais nas varas de família, muitos ex-casais conseguem compreender a distinção entre o laço afetivo conjugal extinto e o vínculo permanente existente eles e os filhos, no entanto, uma comunicação saudável que possa preservar a integridade física e psíquica dos menores.

Muitas transformações ocorreram desde o antigo pátrio poder, a família se modificou, novas tendências sociais foram surgindo, legislações relacionadas às questões familiares precisaram ser revistas e alteradas. O direito de família vem se adequando à realidade da sociedade e a instituição guarda compartilhada prevista no código civil vigente traz à tona a discussão da possibilidade de dividir as tarefas ordinárias dos filhos, colocando a ambos os pais divorciados as responsabilidades parentais.

No Brasil, as autoridades judiciais terão que passar conhecimentos suficientes sobre a guarda compartilhada aos genitores envolvidos no processo de divórcio, explanando os benefícios desta nova maneira de criarem os filhos menores, diferenciando-a de outras modalidades de guarda.

REFERÊNCIAS

COSTA, G. P. **A Cena Conjugal**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DOLTO, F. **Quando os Pais se Separam.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

SILVA, A.M.M. **A lei sobre Guarda Compartilhada**. São Paulo: JH Mizuno, 2008.

ZIMERMAN, D. O processo judicial pode estar sendo uma forma de manutenção do vínculo do casal? In: COLTRO, A. C. M; ZIMERMAN, D. **Aspectos Psicológicos na Prática Jurídica.** Campinas, SP: Millennium, 2007. p.165-178.

Nome: Mauricio Martins Ferreira
EMail: maomniavincit@yahoo.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Décimo
Faculdade: Universidade São Francisco
Outras informações:

FERREIRA, Mauricio Martins. **A Guarda Compartilhada na Visão de Psicólogos da Vara de Família.** 2009, 55p. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade São Francisco, São Paulo.

POSTER 3

TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUIMICA: O TEATRO COMO UMA FERRAMENTA TERAPÊUTICA

Jane Pereira Bento[34]
Joelma Molica Lourenço Ferreira[35]

INTRODUÇÃO

O Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas de Taubaté-SP acredita na importância da implantação de atividades que possam motivar o paciente a desenvolver sua criatividade, auto estima durante o tratamento, pois é fundamental que o mesmo juntamente com sua família possa superar conflitos, que naturalmente surgem antes e durante o processo de recuperação.

A oficina de teatro propõe através de seus personagens uma auto avaliação critica e emocional possibilitando ao paciente uma reflexão sobre quem ele era e o que ele deseja ser, a partir de um processo de transformação através do tratamento, por meio de ações ,expressões e falas, bem como: drama, comédia, tragédia, melodrama, farsa, pantomima.

Oportunizando o conhecimento de suas possibilidades e seus limites, respeitando aos outros e a si mesmo.

METODOLOGIA

Apresentar a peça de teatro onde os personagens e o cenário estejam de acordo com o texto proposto, dando ênfase à participação de paciente-familiares, usando até mesmo os meios de comunicação, possibilitando sua reinserção na sociedade.

Através desta atividade o paciente experimenta uma liberdade de expressão e consegue abrir espaço para novas aprendizagens, relacionando tudo com o tratamento.

[34] Pedagoga pós-graduada em psicopedagogia-Jane Pereira Bento miss_janepereira@ig.com.br
[35] Professora de Educação Física e pós graduando em Educação Física Escolar-Joelma Molica Lourenço Ferreira jotkd@ig.com.br

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina de teatro vem apresentando boa adesão, com número de pacientes que se mantém desde seu início. De seis em seis meses os pacientes mudam de grupos, dando então a oportunidade para que outros também participem do teatro. Dependendo do desempenho do grupo é apresentado de dois a três peças a cada ano.

Observa-se que a cada apresentação há uma evolução no tratamento do paciente em relação à família e a sociedade, fazendo assim com que busquem novas perspectivas de vida, bem como a busca de um emprego, cursos profissionalizantes, conclusão de estudos que haviam deixado para trás, e até mesmo ingresso em universidade, respeitando sempre seus limites e possibilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RABELO, R, A., Mattos, Q. A. A. Coutinho, D. M. e Pereira, N.N. Um manual para o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Série Saúde Mental Neuropsiquiatria UFBA, 2ª edição revista e ampliada, 2006.

ROGERS, Carl. Tornar-se pessoa. São Paulo, Martins Fontes, EPU, 1999.

VYGOTSKY, L. S. La Imaginación y el arte em la infancia. Madrid Akal, 1996. –Psicologia da arte. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Nome: Jane Pereira Bento
Tel.: 012 36316645
Email: miss_janepereira@ig.com.br
Cidade: Taubaté
Estado: SP
Graduado na: Unitau
Graduou-se em: 2005
Onde Trabalha ou atua: Capsad

POSTER 4

NÚCLEO DE ABRIGOS – LAPECRI USP: DA UNIVERSIDADE PARA A COMUNIDADE

Denise Sanchez Careta;
Dra. Ivonise Fernades da Motta

Resumo

É fato que as necessidades são extremas no âmbito institucional, mas sabemos também da necessidade de abrigamento de crianças para os casos quando forem esgotadas todas as possibilidades de convivência nos lares naturais, tais como por negligência parental, maus tratos, vitimização, abandono e orfandade. Dessa forma, o processo evolutivo emocional das crianças abrigadas poderá sofrer prejuízos se o ambiente substituto não se constituir mais facilitador. Então, faz-se necessária a tomada de providências interventivas que vislumbrem o contexto institucional e que efetivamente estabeleçam melhores condições para o desenvolvimento emocional dos ali abrigados. Por meio da realização de pesquisa diretamente no contexto institucional em 2004, criou-se o Núcleo de Abrigos, que atrelado ao LAPECRI-USP, tem se dedicado a promover assistência psicológica em abrigos, à luz de Winnicott. A equipe se constituiu por meio de pesquisadores colaboradores que atuam ativamente com intervenções psicoterápicas: atendimentos psicológicos grupais às monitoras e aos funcionários, às crianças e adolescentes abrigados, às famílias das crianças abrigadas, além de acompanhamento familiar após desabrigamento, intervenções escolares e assistência ao processo de adoção. Esperamos propiciar o implemento ou aumento dos aspectos positivos do contexto institucional e diminuir a efetividade dos aspectos negativos a fim de contribuir para a conquista da saúde mental.

Palavras chave: Abrigos, Crianças Abrigadas, Núcleo de Abrigos/Lapecri-USP, LAPECRI-USP, D W Winnicott.

NÚCLEO DE ABRIGOS – LAPECRI USP: DA UNIVERSIDADE PARA A COMUNIDADE

Partindo da análise do desenvolvimento emocional de crianças separadas de lares e abrigadas realizada em nosso estudo anterior[36], percebemos a necessidade de intervir no contexto institucional. As cuidadoras exercem papel fundamental no processo de crescimento emocional das crianças por propiciarem os cuidados físicos e psíquicos às mesmas. Portanto, há necessidade de um ambiente suficientemente bom que favoreça o desenvolvimento emocional, colaborando assim para o alcance da saúde mental das crianças em condições de abrigamento.

A intervenção com as cuidadoras do abrigo caracterizou-se como o início de uma série de assistências que foram se constituindo ao longo dos últimos anos. O ambiente institucional se mostrou, além de carenciado pelas necessidades de cuidados, também como um ambiente que clama por auxílio.

Valemo-nos das referências de D W Winnicott sobre a importância que o autor atribui ao ambiente como facilitador ao desenvolvimento das potencialidades para a saúde, pois favorece, se constituído como suficientemente bom, o crescimento emocional.

Assim como Winnicott enfatiza a conquista da saúde mental por meio de um cuidado materno constante e confiável que favoreça o desenvolvimento das tendências inatas, ressalta também que quadros patológicos podem emergir frente a distorções de cuidados maternos nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, frutos da impossibilidade da boa interação bebê-ambiente. Menciona que as psicoses, o falso *self* e a psicopatia (*tendência anti-social*) podem ser decorrentes de falhas ambientais durante o processo *maturativo*,[37] nos primeiros meses ou no primeiro ano de vida. (CARETA, D S, 2006, p. 35-36).

Para a análise do âmbito institucional, Winnicott (1950/2002:207-210) tece importantes comentários sobre o abrigamento de crianças. O autor ressalta que a instituição

[36] Careta, D. S. (2006) Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

[37] Ver WINNICOTT, D.W. (1959-1964): Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: *O ambiente e os processos de maturação*, p. 114-127.

tem como objetivo principal a provisão de um teto, de alimentação e vestuário para aquelas crianças que são separadas de seus lares, além de outros objetivos atrelados à exigência de disciplina e rigor, mas que além desses aspectos há a necessidade de acrescentar mais humanidade nas relações quando se abrigam crianças. Winnicott afirma que "as crianças podem descobrir humanidade entre elas próprias, e podem chegar até a dar valor à severidade, na medida em que implica estabilidade". Vale a reprodução de suas idéias:

> Homens e mulheres compreensivos, trabalhando nesse tipo de sistema, podem descobrir formas de introdução de momentos de maior benevolência, maior tolerância. É possível, por exemplo, selecionar crianças adequadas para contatos regulares com tias e tios substitutos no mundo exterior, ou encontrar pessoas que escrevam às crianças no dia de seus aniversários e que as convidem para tomar lanche em suas casas três ou quatro vezes por ano. Estes são apenas exemplos, mas mostram tipos de coisas que podem ser feitas sem perturbar o ambiente estrito em que as crianças vivem. É importante lembrar que, se o rigor do ambiente é a base, as crianças sentir-se-ão desorientadas se em tal ambiente houver exceções e escapatórias. Se é preciso haver um ambiente rigoroso, então que ele seja coerente, confiável e justo, para que possa ter valor positivo.

Incluímos essa extensa citação porque, além de tratar de um aspecto fundamental correspondente à necessidade do desenvolvimento das relações humanas em grupos, como é o caso de crianças abrigadas, também enfatiza a importância dos aspectos saudáveis do ambiente como facilitadores para o desenvolvimento da criança que se encontra inserida nesse contexto.

Assim como Winnicott (1956/2002) reconhece que em determinados casos é adequada a separação da criança de seu lar, como um aspecto positivo para seu desenvolvimento, conjeturamos que um lar vitimizador também pode inferir negativamente quanto ao desenvolvimento da criança que está ali inserida. Muitas vezes, a criança, diante

dessa situação, é separada de seu lar e institucionalizada. O contexto institucional pode contribuir para os percalços no desenvolvimento, mas também os lares que são norteados por violências, negligências, vitimizações físicas e abusos são danosos para o gradativo processo evolutivo *maturacional*.

Dessa forma, pensamos na necessidade de intervenções nos contextos institucionais a fim de facilitarem o desenvolvimento das crianças que se encontram ali abrigadas, obviamente sem deixar de enfatizar a necessidade de intervenção e assistência com os familiares para que elas possam reintegrar ao seio familiar.

Sentimos a necessidade de enfatizar a importância de também considerarmos o contexto institucional, com as devidas melhorias de assistência, como um recurso, por exemplo, em relação a lares vitimizadores: além de se constituir um abrigamento à criança vitimizada, também ser um ambiente possível para a continuidade de seu desenvolvimento. Destacamos o pensamento de Rotondaro (2005:28) para enriquecer nossa explanação:

> [...] a institucionalização marca uma descontinuidade nos cuidados que as crianças e adolescentes requerem. Estudos demonstram que quanto mais cedo as crianças forem retiradas de seu contexto familiar, mais chances terão de apresentar distúrbios. Mas, se no seu ambiente de origem estiverem sofrendo violência, negligência, talvez o abrigo apresente melhores condições de cuidados.

Assim, é importante termos bem claro o significado de “casa” e de “lar” e pensarmos na frase “Casa não é lar”,[38] pois o abrigo pode ser uma casa, mas não poderá ser um lar, não é e não se propõe a ser, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Não podemos esperar que as crianças e os adolescentes que estão em abrigamento não sofram prejuízos em seu desenvolvimento diante da separação de seus lares; com a inclusão de medidas interventivas, porém, é provável que, com sua evolução, com base nas condições de excepcionalidade, brevidade e provisoriedade, transponha-se para um contexto que minimize os efeitos perniciosos ao desenvolvimento humano. Escreve Arola (2000:114-115):

[38] Valemo-nos do título da obra de Arola (2000).

“historicamente, o abrigo era espaço de esconder, hoje tem de ser espaço de preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores e idéias, de crenças e dos objetos pessoais”.

Interessante a observação de Leôncio (2002:205) ao retratar que, além dos prejuízos emocionais decorrentes do abrigamento, as crianças abrigadas também comunicaram a esperança de alcançar boas condições de vida e identificaram situações positivas no âmbito institucional, sugerindo, além da ambigüidade aparente, a possibilidade de vislumbrar fatores positivos nesse contexto, desconfigurando assim o ambiente institucional composto por somente aspectos negativos. Vale a reprodução de suas conclusões:

> *De início, as crianças não querem ficar no abrigo. Após um tempo, começam a perceber que podem viver experiências positivas ou negativas. Com o tempo, a maioria começa a ver um ou outro aspecto bom como poder comer bastante, passear, vestir-se com roupas bonitas, aprender a ler e a escrever, poder brincar com as outras crianças e assistir televisão. Pelo estudo, podemos concluir que as vivências emocionais das crianças recém-abrigadas são de sofrimento e de esperança. Sofrimento por tudo o que já viveram de privações, devido a toda miséria, e esperança de que possam vir a receber algo bom*, *que possa ajudá-las a serem elas mesmas e torná-las felizes.*

Por fim, declaramos que essa observação da autora é muito importante no sentido de desmitificar o contexto institucional como símbolo de agravamentos e danos, sem ao menos ampliar a visão totalmente unilateral para, assim, propiciar uma visão totalizadora e integrada, de forma a abranger os desencontros, mas também os encontros possíveis nesse contexto.

Enfatizamos também que, embora se apresentem referências positivas mesmo em condições de abrigamento, é salutar proferir que de maneira nenhuma suprem-se os danos emocionais subjacentes, mas justifica-se, em contrapartida, a necessidade da implementação de maior investimento ao contexto institucional, por meio de investigações científicas que contribuam cada vez mais para a compreensão do abrigamento de crianças e adolescentes e para a conseqüente possibilidade de intervenções nos vários e diferentes

âmbitos: psicológico, social, jurídico etc., a fim de propiciar o implemento ou aumento dos aspectos positivos e diminuir a efetividade dos aspectos negativos destes contextos.

Outro aspecto importante que consideramos refere-se ao ambiente. Em nosso estudo anterior (CARETA, 2006) o gêmeo Daniel[39] esteve, desde o momento mais primitivo de vida, em ambientes substitutos, em hospitais e abrigo, que sabemos que não contam com situações tão favoráveis para o desenvolvimento; Mathias, o irmão gêmeo, vivenciou os primórdios de vida inserido no lar natural, mas um lar vitimizador. Assim, observamos que a análise, a partir das condições ambientais iniciais da vida dos gêmeos, contribui para a desmitificação de que o ambiente institucional danifica integralmente o desenvolvimento humano, pois não é o que observamos com Daniel. Devemos considerar que um lar vitimizador também promove prejuízos acentuados na constituição do desenvolvimento emocional. Percebemos que não só da institucionalização precoce decorrem prejuízos marcantes no desenvolvimento, mas também do convívio em um lar vitimizador.

A partir desse ponto, nossa observação inclui a necessidade de promover assistência ao contexto institucional, tendo em vista os casos de crianças que são separadas de seus lares, como aqueles atrelados a lares vitimizadores, e são abrigadas por períodos extensos, algumas, muitas vezes, até a maioridade. O ambiente institucional com melhores condições poderá contribuir para um desenvolvimento mais saudável.

Pensamos que já se têm analisado as carências que o contexto institucional apresenta bem como as implicações decorrentes do desenvolvimento psíquico das crianças em condições de abrigamento, e o que se faz necessário é justamente a aplicabilidade de intervenções diretamente junto à instituição, de tal forma que os sintomas apresentados sejam alvo de assistência psicoterapêutica, pois, além de propiciar melhores condições emocionais para o corpo funcional do abrigo, as crianças em condições de abrigamento também se beneficiarão de melhores condições ambientais para o desenvolvimento, para a evolução do crescimento emocional e, conseqüentemente, para maiores possibilidades para o estabelecimento da saúde mental.

Assim, justificamos as atividades do Núcleo de Abrigos/LAPECRI junto ao contexto institucional de abrigos, fundamentalmente com o objetivo da aplicabilidade de assessoria

[39] Daniel e Mathias, nomes fictícios.

psicológica, que de forma interventiva ou preventiva, auxilie o alcance da saúde mental daqueles que estão abrigados.

Nosso objetivo para esta discussão abrange contextualizar os projetos que estamos desenvolvendo nos últimos anos, comunicar as intervenções e o grupo de pesquisadores que estão colaborando com o LAPECRI-USP. A seguir, apresentamos de forma sintética as atividades realizadas pelo Núcleo de Abrigos/LAPECRI a partir de 2006.

LAPECRI - Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens – USP.

Coordenação geral: Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta

Núcleo de Abrigos/ LAPECRI-USP

Coordenação: Ms Denise Sanchez Careta.

Psicólogos Pesquisadores: Benedita Torres Rodrigues, Débora Vilma Neves de Sousa, Iara Delly Paschoaletti, Renato Vieira Felício e Robson Thiago Barbosa Nakagawa.

Núcleos de intervenções em Abrigos:

Núcleo I: Assistência psicológica ao contexto institucional.

Núcleo II: Assistência psicológica às crianças abrigadas.

Núcleo III: Assistência psicológica às famílias de origem das crianças abrigadas.

1- **NÚCLEO IV: ASSISTÊNCIA ESCOLAR**

PROJETOS – NÚCLEO I

Projeto 1 – Cuidando do Cuidador

Intervenção: Acompanhamento psicológico das cuidadoras das crianças em condições de abrigamento.

Grupo psicoterapêutico com as cuidadoras: promover um ambiente facilitador e sustentador a fim de favorecer o desenvolvimento emocional e fortalecimento egóico das mesmas. Escuta psicológica e sustentação ambiental.

Projeto 2 – Orientações psicológicas à equipe de cuidadoras: a relação cuidador e criança abrigada.

As orientações à equipe de cuidadoras percorrem a análise de estudos de casos específicos, em que situações singulares são analisadas e orientadas. Por exemplo, a relação de uma cuidadora com determinada criança; o desenvolvimento emocional e o desenvolvimento global das crianças: a adolescência, a sexualidade; assim como aspectos relacionais específicos.

Projeto 3 – Cuidando do ambiente no geral

Grupo de atendimento psicológico com funcionários da instituição. Encontros de escuta psicológica a fim de fornecer o *holding* ambiental e propiciar o desenvolvimento psíquico do contexto institucional.

Projeto 4 – Cuidando da Adoção: Acompanhamento Psicológico Adulto

Tendo em vista o despertar de angústias e fantasias em casais e pessoas desejantes a adoção, torna-se necessário acompanhar psicologicamente o processo de adoção em sua totalidade, tanto no período de convivência como de guarda da criança. Nossa experiência clínica com as intervenções durante o processo adotivo tem nos revelado resultados favoráveis quanto à construção de vínculos familiares entre os adotantes e os adotados. O atendimento psicológico com as crianças em processo de adoção será apresentado pelo núcleo II.

Projeto 5 – Cuidando de Pais Adotivos: Encontros Grupais

Encontros grupais quinzenais com pais adotivos no geral por, no mínimo, um ano. Objetiva-se que a troca de experiências propicie o avanço da construção de vínculos familiares.

Projeto 6 – Acompanhamento Psicológico Infantil Individual e de Crianças

Pequenas

Atendimentos psicológicos individuais fundamentalmente com crianças pequenas, a partir de um ano e meio. Objetiva-se oferecer o tratamento psicológico a fim de facilitar todo o processo evolutivo das mesmas, de forma a caminhar para a integração psíquica, bem como minimizar a possibilidade de cristalização de defesas psíquicas, o qual não favoreceria o avanço do crescimento emocional das crianças.

Projeto 7 – Intervenção: Interfaces da comunicação no contexto institucional entre coordenadora e cuidadoras das crianças em abrigamento

Encontros semanais entre a equipe de cuidadoras das crianças abrigadas e a coordenação da instituição. Objetiva-se facilitar o diálogo entre os agentes institucionais a fim de estreitar os relacionamentos bem como integrar a funcionalidade da instituição de forma a contribuir favoravelmente para o contexto e, conseqüentemente, propiciar um ambiente saudável para o desenvolvimento dos que ali estão abrigados.

Projeto 8 – Integração Psicológica: Encontros mensais da equipe técnica

Com o objetivo de integrar os atendimentos psicológicos dos núcleos de intervenção institucional, a equipe técnica psicológica se reúne para planejamentos e acompanhamentos dos quadros evolutivos apresentados.

Projeto 9 – Acompanhamento e orientação à equipe de Voluntários.

São realizados encontros mensais com a equipe de voluntários a fim de promover a integração e possibilitar orientações específicas ao grupo, além de acompanhar todo o cronograma proposto para as atividades mensais. As atividades realizadas pelos voluntários abrangem a recreação infantil, o reforço escolar, as oficinas criativas e a estimulação precoce de bebês.

Projeto 10 – Mundo da Fantasia: O Brincar com enfoque terapêutico

Colaboração de: Camila Mateus da Costa Santana e Monisa Fleming de Sá Araújo.

Considerando a importância da estimulação da criatividade e do conhecimento do próprio corpo e suas limitações, surge a idéia de reunir as crianças para realizar uma recreação visando a saúde mental e o bem estar do indivíduo. Objetiva-se oferecer à criança um ambiente lúdico onde a mesma consiga desenvolver sua criatividade e personalidade global com um acompanhamento artístico e terapêutico.

PROJETOS – NÚCLEO II

Projeto 1 – Acolhimento inicial das crianças abrigadas

São realizados três encontros com a criança recém abrigada a fim de lhe prover o acolhimento. Esclarecer os motivos que a levou ao abrigamento, mostrar-lhe a instituição com o objetivo de diminuir as angústias e as fantasias decorrentes do abrigamento.

Projeto 2 - Avaliação psicológica das crianças abrigadas

Com a finalidade de elaborar um diagnóstico para cada criança que está abrigada na Instituição, a fim de conhecer profundamente sua vida psíquica para iniciar o processo psicoterápico.

Projeto 3 - Atendimento psicoterápico com as crianças: atendimento individual e grupal.

Atendimento psicoterápico individual: oferecer o encontro terapêutico a fim de facilitar a integração dos conflitos e angústias, para favorecer a evolução do desenvolvimento psíquico das crianças abrigadas.

Atendimento psicoterápico em grupo através da arte-terapia: através da utilização dos recursos expressivos (pintura; modelagem; colagem; desenho; expressão corporal; sons; músicas; criação de personagens, entre outros) a arte-terapia visa favorecer a integração e a elaboração dos conflitos e angústias a fim de facilitar a resolução de conflitos e favorecer o desenvolvimento psíquico das crianças abrigadas.

Projeto 4 - Cuidando da Adoção: Acompanhamento Psicológico Infantil

Tendo em vista o despertar de angústias, fantasias e medos nas crianças durante a aproximação com o casal ou com a pessoa desejante da adoção, torna-se necessário acompanhar psicologicamente o processo de adoção em sua totalidade, tanto no período de convivência como de guarda da criança, com o objetivo de poder trabalhar os conteúdos psicológicos mencionados acima e assim auxiliar na construção de vínculos familiares entre os adotantes e os adotados.

PROJETOS – NÚCLEO III

Projeto 1 – Atendimento psicoterápico dos pais de origem

Por meio dos atendimentos psicológicos semanais, objetivamos auxiliar para a elaboração das dificuldades individuais e do grupo familiar propiciando melhor ajustamento psicológico e afetivo.

Projeto 2 – Interface pais e monitoras durante o processo de reintegração familiar

Trabalho realizado durante o processo psicoterapêutico parental para facilitar o processo de reintegração da criança ao ambiente familiar através de encontros com a monitora responsável pela criança e os pais para que estes possam trocar informações e sanar dúvidas a respeito de hábitos, rotinas, cotidiano, etc. O objetivo deste trabalho é dedicar um espaço para que a família providencie arranjos no ambiente familiar para receber os filhos de volta.

Projeto 3 – Atendimento Psicológico aos pais destituídos do poder familiar

Este atendimento, de caráter emergencial, é realizado no momento em que os pais são notificados pela instituição da perda do poder familiar e está limitado a um único atendimento.

Projeto 4 - Encontro lúdico entre pais e filhos abrigados

Encontros quinzenais através da utilização de jogos e de recursos gráficos. Estes encontros visam atuar como facilitadores para a reaproximação e o fortalecimento dos vínculos afetivos entre pais e crianças abrigadas, com o objetivo de favorecer a restauração dos vínculos para o desabrigamento da criança e seu retorno ao lar de origem.

Projeto 5 - Acompanhamento Psicológico Familiar Após Desabrigamento: Orientação a Pais.

Em 2008 iniciamos o acompanhamento psicológico a famílias, que diante do desabrigamento da criança, percebemos a necessidade de restabelecer os vínculos afetivos familiares.

PROJETOS – NÚCLEO IV

Interface com a escola

Tem a finalidade de através de palestras e encontros bimestrais com a coordenação e com os professores, promover orientações e esclarecimentos sobre o desenvolvimento e as necessidades da criança abrigada a fim de favorecer uma melhor inclusão das mesmas no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROLA, R. L. Abrigo como contexto de desenvolvimento psicológico. In: _____ *Casa não é lar.* São Paulo: Salesiana, 2000. p. 69-117.

CARETA, D. S. *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana.* 248p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006.

LEÔNCIO, W. A. H. *Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas: observações psicanalíticas por meio do procedimento de desenhos-estórias*. 2002. 214 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

ROTONDARO, D. P. *O abrigo pode ser um ambiente facilitador do desenvolvimento de crianças e adolescentes? Grupo psicoterapêutico como instrumento de trabalho*. 2005. 136p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D W. (1950) A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In*:* _____*. Privação e delinqüência*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 195-213.

_____. (1956) A tendência anti-social. In*:* _____*. Privação e delinqüência.* 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 135-48.

Nome: DENISE SANCHEZ CARETA
Tel.: 11 49964629
Email: denisescareta@usp.br
Cidade: SANTO ANDRÉ
Estado: SP
Cursando: DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLINICA

POSTER 5

ATIVIDADE FÍSICA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

Maria Cristina Zago[40]
Antonios Terzis[41]

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo compreender os processos psíquicos inconscientes que se produzem em grupo de pacientes psiquiátricos inseridos em um Serviço de Saúde Mental Público, que se reuniam para praticar atividades físicas fora do ambiente de tratamento. Os conceitos de Sigmund Freud e as concepções de grupanálise deram o entorno teórico a este estudo. Como caminho metodológico optou-se pela pesquisa qualitativa sob o olhar do método psicanalítico. Para a análise dos resultados foi adotada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Mathieu. Concluiu-se que o grupo pode se organizar resistindo ao movimento de desintegração, estabelecendo a circulação verbal e dos afetos. Propiciou um cenário para o estabelecimento de processos de identificação, ao funcionar como elemento facilitador do contato intersubjetivo no aqui e agora. A possibilidade de se trabalhar a clínica em um "setting" não convencional traz um novo olhar sobre as práticas em Saúde Mental.

Palavras-Chaves: Grupanálise, Psicose, Saúde Mental, Atividade Física.

INTRODUÇÃO

I. COMPREENSÃO PSICANALÍTICA SOBRE A PSICOSE

[40] Mestranda em Psicologia: PUC – Campinas. Bolsista: CNPq.
[41] Professor Doutor da Pós-Graduação em Psicologia – PUC-Campinas

Pode-se iniciar um breve resgate da história da psicanálise com a psicose, atendo-se ao fato de que, em 1893, em *Sobre o Mecanismo Psíquico Dos Fenômenos Histéricos: Comunicação Preliminar,* Breuer e Freud fazem alusão à questão alucinatória ao falar de histeria. Posteriormente, em 1894, no artigo *As Neuropsicoses de Defesa*, Freud traz um exemplo de caso clínico de confusão alucinatória. No mesmo artigo, utiliza-se do termo psicose, ao falar de um mecanismo de defesa diferente do descrito em outros casos anteriormente abordados no artigo, que entende ser mais poderoso e melhor sucedido.

Assim, as primeiras considerações de Freud (1894) sobre a psicose foram abordadas juntamente com a histeria e a neurose obsessiva. O autor assinala que na histeria e na neurose obsessiva o "conteúdo representativo", de que é preciso defender-se, é "afastado", "mantido fora do consciente" (o afeto ficando "desligado" da representação), na paranóia o conteúdo (da representação) e o afeto são mantidos (presentes no nível consciente), mas se vêem projetados no mundo externo. Este mecanismo de defesa tem por objetivo defender-se de uma representação incompatível com o eu pela projeção de seu conteúdo no mundo externo.

Em 1911, Freud publica *Notas Psicanalíticas Sobre Um Relato Autobiográfico De Um Caso De Paranóia.* Através da leitura das Memórias de Schreber, Freud teve a oportunidade de escrever um relato detalhado de sua análise dos processos inconscientes em ação na paranóia, pois a autobiografia escrita por Schreber retrata um sistema delirante de um homem perseguido por Deus. Nesse momento, Freud estrutura suas considerações em relação à paranóia em torno do conflito edípico. A homossexualidade recalcada seria a fonte do delírio, pois a paranóia se estrutura como uma defesa contra a homossexualidade.

No artigo de 1914, *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução,* o narcisismo se apresenta na teoria psicanalítica como estruturante do ego e germe do superego. Quando o psicótico depara com uma realidade insuportável regride a pontos de fixação mais primitivos, ao narcisismo primário (pólo de atração e de fixação para a regressão). As manifestações delirantes se constituem numa forma recriada da realidade, por meio da qual o psicótico ressignifica as vivências edípicas.

Em "*Luto e Melancolia*", Freud (1917[1915]) alude a uma primeira identificação com o objeto denominada narcísica, a qual se encontra na base da situação de psicose. Posteriormente, em 1923, *O Ego e o Id,* Freud descore a diferença genética entre neuroses

e psicoses. Essa discussão continua em *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose* (1924*e*). No artigo *Neurose e Psicose* (1924) a psicose se apresenta como uma categoria nosográfica freudiana. O termo psicose começa a sugerir um quadro sintomatológico mais grave, do que o presente na neurose. Ao se interrogar a respeito do mecanismo de gênese da psicose, Freud orientará sua pesquisa em textos que procuram elucidar a psicose. A questão da castração e do complexo de Édipo aparecem como temas implicados nesta busca (Simanke, 1994).

Freud (1927) coloca o mecanismo da *renegação ou rejeição* (*Verleugnung*) como implicado à psicose. A gênese da psicose se coloca entre as estratégias de defesa contra os efeitos traumáticos da castração. O mecanismo psicótico renega um fato real que é tido como insuportável por causa da moção pulsional. É como ataque ao narcisismo que a castração lega sua eficácia traumática; é contra a unidade adquirida que se dirige a castração. Dessa forma, o mecanismo de defesa da psicose é sobretudo um mecanismo de defesa do narcisismo.

II. A PSICOLOGIA SOCIAL DE FREUD E A GRUPANÁLISE

Logo na introdução de *Psicologia de Grupo e A análise do ego* (1921), 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. Freud argumenta que, quando um indivíduo é colocado num grupo, está sob condições em que as repressões de seus impulsos inconscientes se encontram mais fluídas. Nesse sentido, contrapõe a percepção da realidade, de uma realidade que não é objetiva, mas psicológica nos sonhos, na hipnose, às vivências de um indivíduo num grupo. Através do conceito de libido, fonte energética das pulsões, Freud (1921) formula a hipótese de que as relações amorosas constituem a essência da alma das massas. No capítulo V de *Psicologia de Grupo e A análise do ego* (1921), Freud se ocupa da análise de grupos altamente organizados, permanentes e artificiais. Escolhe como exemplos a Igreja e o exército. Aponta que nesses dois grupos, laços libidinais unem o indivíduo ao líder e aos outros membros do grupo. Percorrendo a psicologia social de Freud, tem-se que em *Totem e Tabú* (1913) o ônus da incursão na

civilização seria o sacrifício da sexualidade e da agressividade. Os membros, embora iguais, querem ser dirigidos por uma só pessoa superior a todos eles. Posteriormente, Freud, em *O Mal-estar da civilização* (1929), propõe o fundamento da renúncia mútua à realização da pulsão. Freud assinala que o sentimento de culpa ocasionado pelo processo de aculturação permanece e é vivido sob a forma de uma infelicidade, um mal-estar. Assim, a psicologia social de Freud aparece como subsídio ao desenvolvimento da psicanálise.

Historicamente, diz-se que, em Londres (1940), a psicanálise de grupo se legitimou de fato como entidade pensada e fundamentada em alguns conceitos da psicanálise (Käes, 1997). Dentre alguns autores da escola francesa, apresentam-se os conceitos desenvolvidos por René Käes a respeito da compreensão da entidade grupo e do que ele chamou de aparelho psíquico grupal. Käes (1976) estrutura a teoria do aparelho psíquico grupal através da análise das relações que se estabelecem entre o grupo enquanto objeto e o grupo social. Segundo Käes (1976) a construção do grupo se dá através dos sistemas de representação: os organizadores psíquicos e os organizadores socioculturais. Os organizadores psíquicos correspondem a uma formação inconsciente próxima ao núcleo do sonho, sendo constituídos pelos objetos do desejo infantil. Já os organizadores socioculturais advêm da transformação desse núcleo inconsciente pelo trabalho do grupo; funcionam como códigos registradores, assim como o mito, de diferentes ordens de realidade (física, psíquica, social, política, filosófica).

OBJETIVO

Compreender os processos psíquicos inconscientes que se produzem em grupo de pacientes psiquiátricos inseridos em um Serviço de Saúde Mental Público, que se reuniam para praticar atividades físicas fora do ambiente de tratamento.

MÉTODO

Este estudo é de cunho qualitativo tendo como base a Psicanálise Aplicada. Optou-se pela pesquisa qualitativa, pesquisador imerso no campo, onde o conhecimento é vivido antes de ser elaborado, como assinala Tittoni e Jackes (1998). A fim de se atingir o objetivo proposto, faz-se necessário introduzir a questão do grupo na psicanálise, abrindo um novo

caminho para a pesquisa científica neste campo. Assim, Anzieu (1967) argumenta sobre o método psicanalítico nas situações de grupo. Segundo o autor, não há nenhum campo de manifestação dos efeitos do inconsciente que não seja aplicável o método psicanalítico, desde que suas regras sejam respeitadas. De acordo com Käes (1982), a questão da interpretação em um enquadre grupal é a análise transferencial, isto é, a elaboração dos inúmeros processos transferenciais e contratransferenciais que se articulam no grupo.

Sujeitos: pacientes com diagnóstico de psicose inseridos no Núcleo de Atenção à Crise do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, isto é, internados neste Serviço. Tem-se um grupo heterogêneo e misto quanto ao sexo.

Campo: apresenta-se o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (distrito de Sousas, Campinas), uma Instituição que inclui um conjunto de serviços ou projetos, complementares entre si e articulados pelo conceito da habilitação ou reabilitação psicossocial.

Procedimento: apresenta-se um grupo aberto, cujos participantes se reuniam para praticar atividades esportivas uma Praça de Esportes da comunidade, isto é, fora do ambiente de tratamento. Freqüência das sessões: uma vez por semana, com duração total de duas horas cada sessão. Tem-se uma caminhada de ida e volta do Serviço à Praça de Esportes da comunidade, atividade esportiva coletiva e fechamento simbólico da sessão. Este último momento constituía-se num espaço para a reflexão, simbolização e elaboração da vivência do grupo.

Instrumento: a técnica desenvolvida neste estudo se apóia na técnica desenvolvida em *Crónica de um Grupo* por Käes e Anzieu, 1979. Essa técnica pressupõe uma não-diretividade, isto é, deve-se proporcionar aos participantes a possibilidade da emergência de conteúdos psíquicos de maneira espontânea. Assim, procurou-se construir um registro integral não apenas das trocas verbais, gestuais, mas também das posições, posturas e atitudes dos participantes.

Análise do Material

A análise foi efetuada a partir dos registros das sessões do grupo procurando identificar algumas formulações psíquicas no processo grupal. A técnica escolhida é a de Análise de Conteúdo proposta por Mathieu (1967), a qual pressupõe que a análise de uma narrativa e o arranjo de seus temas demonstram a maneira como o inconsciente se

manifesta e procura a satisfação do desejo. Dessa maneira, procurou-se analisar os comentários dos participantes no grupo bem como suas comunicações não-verbais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue-se o relato de uma sessão do grupo em que foi desenvolvida a atividade física: basquete adaptado (piscina):

"Os participantes se organizaram aleatoriamente em dois times. Num primeiro momento, não se colocaram no espaço determinado de maneira organizada segundo uma estratégia de jogo, isto é, não havia o estabelecimento de quem figuraria como defensor, atacante, etc. Os participantes se aglutinavam em torno da bola. Por vezes, observava-se um emaranhado de mãos em busca da posse da bola. Ao disputarem dessa maneira, faziam com que a bola ficasse presa e o jogo se estagnava. Não houve o abandono do jogo por parte de algum participante, ao contrário, os pacientes pareciam engajados na tarefa. Havia um balde em cada extremo da delimitação do espaço de jogo que figurava como o cesto (basquete adaptado).Um dos pacientes encheu o balde de plástico de água para que o adversário não conseguisse fazer a cesta. Em um outro momento, uma paciente tirou o balde do lugar erguendo-o. Ela ria, em pé, do lado de fora da piscina. Existia um estado de euforia sempre que um time marcava uma cesta. A comunicação não-verbal se traduzia por sorrisos, gestos. Posteriormente, houve uma melhor circulação da bola no grupo. Alguns se posicionaram próximos às cestas a fim de bloquear o caminho do adversário. Outros se colocaram nas proximidades da meia-quadra adotando uma postura ofensiva. Durante o momento de fechamento simbólico do grupo alguns pacientes verbalizaram a respeito da atividade proposta. Disseram 'ter sido bom' participar da atividade na piscina. Ana disse: '-Me faz muito bem mesmo, né pai?' (referindo-se a outro participante do grupo). Rita disse: '-Adorei brincar na água!' . Maria comentou: '-Foi da hora!' João: 'Fiquei com um pouquinho de medo de me machucar'. Maria: 'É dez, é mil! Eu gosto de vir aqui, mas meu corpo, eu sinto calafrio, aí eu tenho que sair logo'. A terapeuta perguntou: '-O que houve que você pegou o balde?' Maria respondeu: '-Tava cheio de água, o cara (Tiago) botou água nele' (rindo). Tiago riu. Maria disse: '-É malandragem, foi malandragem dele'. Marcos: '-É difícil ver o time perder'. João disse ter confundido duas vezes uma pessoa do outro time como

sendo do seu time. Passou a bola duas vezes. Maria relembra outras atividades já desenvolvidas pelo grupo, como o futebol. Relatou um campeonato que participou e pergunta quando voltarão a jogar. Carlos pergunta se quando tiver alta do hospital perderá a vaga de freqüentar o grupo. A terapeuta pontuou que ele poderia continuar participando mesmo depois da alta. João comentou sobre a confecção das carteirinhas para freqüentar a Praça de Esportes. Manifestou seu desejo em ter uma. Outros pacientes também relataram o mesmo desejo. João disse que nunca tinha participado de um clube antes. Disse: '-Todo clube é uma sociedade, não é? Nunca fui associado a clube nenhum. A gente só conhece esse grupo aqui, eu gostaria de futuramente conhecer outros'. Disse querer continuar freqüentando este grupo, mas que gostaria também de conhecer outros grupos de esporte da rede municipal; ter outras oportunidades. A terapeuta solicitou que ele explicasse melhor seu desejo em estar em outros grupos. Ele disse: '-Queria reabrir o círculo de amigos(..). Eu considero você não apenas como minha psicóloga para minha condição física, também posso trocar algumas palavras, às vezes bate de falar algumas palavras um com o outro. Gostaria de ser convidado para outros eventos que tivessem usando a quadra ou a piscina sempre com alguém responsável, no caso seria você. Tem uma quadra perto de casa, mas eu nunca me dei bem lá, nem com as pessoas que tomavam conta. Eu entrei naquela piscina em vinte anos uma vez'. Carlos perguntou: '-Você quer fazer um grupo separado do nosso grupo?' João respondeu: '-Não, eu quero freqüentar mais, acho importante o trabalho, que tenha um horário disponível para participar do grupo. Quero continuar trabalhando (...); ás vezes quando trabalhava ficava quatro horas sem fazer nada (...); se tivesse minha motinha podia vir pra cá pra participar do grupo, por isso que eu quero a carteirinha' ".

Ao observar-se o movimento dos participantes no jogo, vê-se não apenas uma atividade recreativa com bola, mas a expressão de um aparato psíquico grupal. Nesse sentido, entende-se que o grupo intersubjetivo de pacientes que se reuniam para fazer uma atividade física coletiva guarda relação de fundação recíproca com a grupalidade intrapsíquica. Dessa forma, buscou-se compreender os processos psíquicos inconscientes que se produzem neste grupo de pacientes psiquiátricos. Sugere-se que a piscina funciona como um sistema fechado que contem líquido que pode ter para os pacientes a representação do corpo materno. Nesse sentido, para Kaës (1976) os fantasmas intra-uterinos exercem seu papel organizador do grupo em resposta ao problema da origem, as

sensações relativas ao corpo contido no corpo materno. Segundo o autor, o grupo se coloca como ambiente paradisíaco, capaz de nutrir, ou que pode gerar persecutoriedade. No fragmento que se segue, pode-se pensar que o grupo dá notícias a respeito de fantasias suscitadas pela atividade proposta:

(...) Disseram 'ter sido bom' participar da atividade na piscina. Ana disse: '-Me faz muito bem mesmo, né pai?' (referindo-se a outro participante do grupo). Rita disse: '-Adorei brincar na água!' . Maria comentou: '-Foi da hora!' João: 'Fiquei com um pouquinho de medo de me machucar'. Maria: 'É dez, é mil! Eu gosto de vir aqui, mas meu corpo, eu sinto calafrio, aí eu tenho que sair logo'(...).

Para Maria existe algo que produz calafrios, que a faz sair; sua fala revela uma certa ambigüidade. Ao mesmo tempo, João parece exprimir uma fantasia de ameaça.

Rita usa o verbo "brincar" quando se refere à vivência na piscina. Assim, sua fala parece revelar aspectos regressivos. Nesse sentido, Käes (1976) assinala que os participantes do grupo sofrem um processo de regressão; existe um desejo de estar em grupo para ser reincorporado ao corpo materno.

Maria relatou como Tiago sabotou o jogo ao encher o balde de água para que os adversários não concretizassem o ponto. Notadamente nos quadros psicóticos existe pouca tolerância a frustração. As verbalizações no momento do fechamento dão notícias de como os pacientes reagem frente à possibilidade de não êxito:

Marcos comentou: *(...) '-É difícil ver o time perder' (...).*

Em um outro momento os pacientes falam do grupo:

Maria relembra outras atividades já desenvolvidas pelo grupo, como o futebol. Relatou um campeonato que participou e pergunta quando voltarão a jogar. Carlos pergunta se quando tiver alta do hospital perderá a vaga de freqüentar o grupo. A terapeuta pontuou que ele poderia continuar participando mesmo depois da alta. João comentou sobre a confecção das carteirinhas para freqüentar a Praça de Esportes. Manifestou seu desejo em ter uma. Outros pacientes também relataram o mesmo desejo.

Ao relembrar outras atividades já desenvolvidas pelo grupo, Maria parece dar notícia de que o grupo tem uma história, uma história internalizada por ela; sua fala remete a um sentimento de pertença que foi sendo construído durante as sessões do grupo. Ao mesmo tempo, Carlos pergunta se quando tiver alta perderá a vaga de freqüentar o grupo. Isso parece surgir novamente nos comentários de João sobre a confecção das carteirinhas para freqüentar a Praça de Esportes. Os participantes parecem expressar um desejo em continuar freqüentando o grupo. Isso sugere que a tarefa tem uma representação positiva. Sugere-se que exista a fantasia de um grupo idealizado funcionando como superfície de proteção contra a angústia de perseguição de fragmentação.

Em outros trechos do relato, João fala de sua dificuldade em freqüentar outros grupos no passado.

(...) '-Todo clube é uma sociedade, não é? Nunca fui associado a clube nenhum'.(...).Tem uma quadra perto de casa, mas eu nunca me dei bem lá, nem com as pessoas que tomavam conta. Eu entrei naquela piscina em vinte anos uma vez'.

Ao mesmo tempo, ele parece colocar a terapeuta como uma figura cuidadora:

(...) 'Gostaria de ser convidado para outros eventos que tivessem usando a quadra ou na piscina sempre com alguém responsável, no caso seria você'.

Assim, o grupo aparece idealizado, como o paraíso perdido em que os participantes desejam sentir um renascimento, relações intersubjetivas e grupais plenamente satisfatórias, na medida em que são igualitárias; um grupo homogêneo nivelado e solidário, do qual se sentem privados em sua vida social e profissional. Este grupo é um grupo sonhado por todos, da onipotência infantil e materna. (Käes, 1976).

O depoimento de João também sugere que o grupo oportunizou a possibilidade do trabalho das relações intersubjetivas, o que parece ter proporcionado processos elaborativos, que se reflete no desejo de estabelecer novas relações:

(...) 'A terapeuta solicitou que ele explicasse melhor seu desejo em estar em outros grupos. Ele disse: '-Queria reabrir o círculo de amigos... eu considero você não apenas como minha psicóloga para minha condição física, também posso trocar algumas palavras, às vezes bate de falar algumas palavras um com o outro' (...).

Ressalta-se ainda a importância da figura da terapeuta, que, estabelece uma comunicação com o grupo bebê. Uma mãe que o acompanha, que está atenta a seus movimentos no espaço lúdico da atividade física proposta. Ela não persegue, não interfere, mas não o abandona, não está distraída. Nesse sentido, Cortesão (1989) fala da comunicação mãe-bebê ao tratar dos processos transferênciais que se estabelecem no grupo. A mãe deve estar atenta, o olhar dirigido ao bebê, o qual sustenta em seus braços. Existe uma identificação projetiva entre bebê e mãe.

CONCLUSÃO

O dispositivo grupal acha-se imbricado na história das Instituições de Saúde Mental. È inegável sua importância no estabelecimento de projetos terapêuticos. Contudo, é preciso pensar em propostas psicoterapêuticas que façam sentido para os pacientes.

A possibilidade de se trabalhar a clínica em um “setting” não convencional traz um novo olhar sobre as práticas em Saúde Mental. Sair do Serviço, caminhar pelas ruas, desenvolver a atividade esportiva em um espaço público coletivo legou a oportunidade de sair do espaço da “loucura” favorecendo o reencontro com o mundo externo, com a realidade compartilhada.

Quando a bola pôde ser compartilhada, todos participaram o que configurou uma atividade coletiva no desenvolvimento da tarefa. Tem-se que o grupo propiciou um espaço para emergência de conteúdos psíquicos inconscientes, funcionando também como um envoltório que conteve a angústia de fragmentação. O grupo pôde se organizar resistindo ao movimento de desintegração especialmente presente em quadros psicóticos, estabelecendo a circulação verbal e dos afetos. A atividade grupal propiciou um cenário para o estabelecimento de processos de identificação, ao funcionar como elemento facilitador do contato intersubjetivo no aqui e agora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZIEU, D. (1967). *O Grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

CORTESÃO, E. L. *Grupanálise: Teoria e técnica.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.

FREUD, S. (1893). *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos: comunicação preliminar*. Vol. II.

FREUD, S. (1894). *As neuropsicoses de defesa.* Vol. III.

FREUD, S. (1911). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranóides)*, Vol. XII.

FREUD, S. (1913). *Totem e Tabú.* Vol. XIII.

FREUD, S. (1914). *Sobre o Narcisismo: uma introdução.*Vol. XIV.

FREUD, S. (1917[1915]). *Luto e melancolia.* Vol. XIV.

FREUD, S. (1921). *Psicologia de grupo* e *A análise do ego.* Vol. XVIII.

FREUD, S. (1923). O Ego e o Id. Vol. XIX.

FREUD, S. (1924). *Neurose e psicose*. Vol. XIX.

FREUD, S. (1924*e*). A *perda da realidade na neurose e na psicose*. Vol. XIX.

FREUD, S. (1930). *O mal estar na civilização*. Vol. XXI.

FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KAËS, R. & ANZIEU (1979). *Crónica de um grupo.* [H. Acevedo, Trad.]. Barcelona: Gedisa.

KAËS, R. (1982). A intertransferência e a interpretação no trabalho psicanalítico grupal. In: Käes, R. et al. *Le travail psychanalytique dans les groupes.* Paris: Dunod, 1982, 281p.

KAËS, R. *El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo.* Barcelona/Espana: Granica Editor, 1976.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

MATHIEU, P. Essai d' interpretation de quelque pages du revê cetique. *Interpretation,* 2: 32-59, 1967.

SIMANKE, R. T. *A formação da teoria freudiana das psicoses.* Rio de Janeiro: Editora 34. 1994.

TITTONI, J. & JACKES, M. G. *Psicologia Social Contemporânea: livro texto.* Petrópolis: Vozes. 73-85, 1998.

Nome: Maria Cristina Zago
Tel.: 19-81393795
Email: zagomaria@terra.com.br
Cidade: Campinas
Estado: SP
Cursando: mestrado
Semestre: Quarto
Faculdade: Puc-Campinas
Graduou-se em: 2005

POSTER 6

GRUPO DE CAMINHADA: O REENCONTRO COM A REALIDADE EXTERNA COMPARTILHADA.

Maria Cristina Zago [42]
Bruneide Menegazzo Padilha [43]

A experiência relatada é de um grupo operativo inserido no Núcleo de Atenção à Crise de um Serviço de Saúde Mental (Campinas), Unidade que atende pacientes psicóticos e neuróticos graves. Com essa experiência procurou-se proporcionar um espaço para a emergência de manifestações corporais e emocionais através da atividade física e oportunizar um momento para a expressão de sintomas e elaboração de fantasias despertadas pela vivência. **Método:** o grupo era aberto, heterogêneo e misto quanto ao sexo. Freqüência: uma vez por semana com duração em torno de uma hora. A técnica utilizada compreendia: alongamento, caminhada, e fechamento simbólico da sessão. Os **resultados** mostram que devido às características apresentadas pelos pacientes portadores de sofrimento mental no que se refere ao corpo, a prática de atividade esportiva por si só pode levar ao rompimento da estagnação alem de proporcionar um momento para a legitimação da agitação motora. A possibilidade de sair do Serviço, de caminhar pelas ruas trouxe a oportunidade de sair do espaço da "loucura" favorecendo o reencontro com o mundo externo, com a realidade compartilhada. O grupo deu notícia de que sair do espaço Institucional para praticar um esporte pareceu significar o reencontro com aspectos internos saudáveis.

Palavras-chaves: grupanálise, atividade física, saúde mental.

[42] Mestranda em Psicologia: PUC – Campinas. Bolsista: CNPq.
[43] Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Supervisora clínica/institucional na Rede Pública para equipes de Saúde Mental. Docente-Supervisora do CEFAS. Docente convidada da Residência Medica Psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Psicanalista em consultório particular.

INTRODUÇÃO

Este estudo busca trazer uma compreensão a respeito dos processos psíquicos inconscientes que emergem em um grupo de pacientes psiquiátricos que praticavam atividades físicas fora do ambiente institucional. Considera-se relevante tratar de um tema que remete diretamente ao cotidiano dos Serviços de Saúde Mental, no sentido de se pensar novas práticas, que possam se posicionar contra o movimento de cristalização que tende a atingir os profissionais envolvidos com o atendimento de pacientes psiquiátricos. Num primeiro momento, ressalta-se a importância dos grupos no cotidiano das Instituições de Saúde Mental. Assim, Lancetti (2000) 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, 2000, p.158). Outro aspecto importante refere-se à questão da atividade física como auxiliar terapêutico no tratamento de pacientes psiquiátricos. Nesse sentido, Pasquarelli (2003) considera que a prática de atividades físicas pode ser uma aliada à terapia da pessoa com esquizofrenia. Knechtle (2004) relata que o exercício físico diminui sintomas clínicos em pacientes com transtornos psiquiátricos; especialmente em pacientes com depressão. Peluso e Andrade (2005) assinalam que a atividade física é um importante instrumento de saúde pública, sendo útil, inclusive, no tratamento de doenças psiquiátricas como transtornos depressivos e ansiosos, devido seus efeitos no tratamento e na prevenção de várias patologias. Os trabalhos de pesquisa acima citados assinalam os benefícios da prática de exercícios regulares, notadamente para indivíduos submetidos a tratamento psiquiátrico em função de transtornos depressivos ou de outros transtornos.

I. A PSICOLOGIA SOCIAL DE FREUD E A EMERGÊNCIA DA GRUPANÁLISE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL.

A leitura dos casos clínicos de Freud revela que o estudo das relações intersubjetivas que se colocam em torno do sujeito serve ao psicanalista no sentido de buscar reconstruir a malha de conexões na psique do sujeito; seu objetivo é desenhar a estrutura que se pode dizer *grupal* das identificações dos pacientes. Assim, tem-se que a psicologia individual se

destaca de um fundo composto pela psicologia social. Entende-se que é no espaço psíquico interno que se contrapõem os atos psíquicos sociais do sujeito e os atos psíquicos narcísicos (Käes, 1997).

Em *Psicologia de Grupo e A análise do ego* (1921), 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. Freud argumenta que, quando um indivíduo é colocado num grupo, está sob condições em que as repressões de seus impulsos inconscientes se encontram mais fluídas. Nesse sentido, contrapõe a percepção da realidade, de uma realidade que não é objetiva, mas psicológica nos sonhos, na hipnose, às vivências de um indivíduo num grupo. No capítulo V de *Psicologia de Grupo e A análise do ego* (1921), Freud se ocupa da análise de grupos altamente organizados, permanentes e artificiais, como a Igreja e o exército. Aponta que nesses dois grupos, laços libidinais unem o indivíduo ao líder e aos outros membros do grupo. Percorrendo a psicologia social de Freud, tem-se que em *Totem e Tabú* (1913) o ônus da incursão na civilização seria o sacrifício da sexualidade e da agressividade. Os membros, embora iguais, querem ser dirigidos por uma só pessoa superior a todos eles. Posteriormente, Freud, em *O Mal-estar da civilização* (1929), propõe o fundamento da renúncia mútua à realização da pulsão. Freud assinala que o sentimento de culpa ocasionado pelo processo de aculturação permanece e é vivido sob a forma de uma infelicidade, um mal-estar. Dessa forma, a psicologia social de Freud aparece como subsídio ao desenvolvimento da psicanálise.

Ressalta-se que a clínica grupal tem sua origem em instituições disciplinares, guardando uma relação íntima com hospitais psiquiátricos.

Historicamente, autores como Bion, Foulkes, Anthony e Sulivan, envolveram-se em experiências desenvolvidas em hospitais psiquiátricos e no exército. Um outro nome marcante dos autores de grupo em psicanálise, Pichon-Rivière, criador da psicologia social Argentina, desenvolveu grupos operativos no “Hospital de las Mercedez”, um hospício de mulheres da cidade de Buenos Aires (Käes, 1997). Ao mesmo tempo, pode-se dizer, que a reforma psiquiátrica tem como base a atividade coletiva e os dispositivos grupais (Lancetti, 2000). Historicamente, diz-se que, em Londres (1940), a psicanálise de grupo se legitimou de fato como entidade pensada e fundamentada em alguns conceitos da psicanálise (Käes,

1997). Dentre alguns autores da escola francesa, apresentam-se os conceitos desenvolvidos por René Käes a respeito da compreensão da entidade grupo e do que ele chamou de aparelho psíquico grupal. Käes (1976) estrutura a teoria do aparelho psíquico grupal através da análise das relações que se estabelecem entre o grupo enquanto objeto e o grupo social. Segundo Käes (1976) a construção do grupo se dá através dos sistemas de representação: os organizadores psíquicos e os organizadores socioculturais. Os organizadores psíquicos correspondem a uma formação inconsciente próxima ao núcleo do sonho, sendo constituídos pelos objetos do desejo infantil. Já os organizadores socioculturais advêm da transformação desse núcleo inconsciente pelo trabalho do grupo; funcionam como códigos registradores, assim como o mito, de diferentes ordens de realidade (física, psíquica, social, política, filosófica).

OBJETIVOS

Este estudo, por meio do relato de experiência de um grupo operativo, busca trazer uma compreensão a respeito dos processos psíquicos inconscientes que emergem em um grupo de pacientes psiquiátricos que praticavam atividades físicas fora do ambiente institucional.

Com essa experiência grupal, buscou-se proporcionar um espaço para a emergência de manifestações corporais e emocionais através da atividade física e oportunizar um momento para a expressão de sintomas e elaboração de fantasias despertadas pela vivência.

MÉTODO

Este estudo é de cunho qualitativo tendo como base a Psicanálise Aplicada.

Sujeitos: pacientes com diagnóstico de psicose inseridos em um Núcleo de Atenção à Crise de um Serviço de Saúde Mental (Campinas), isto é, internados neste Serviço. Tem-se um grupo heterogêneo e misto quanto ao sexo.

Campo: apresenta-se o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (distrito de Sousas, Campinas), uma Instituição que inclui um conjunto de serviços ou projetos, complementares entre si e articulados pelo conceito da habilitação ou reabilitação psicossocial.

Procedimento: apresenta-se um grupo aberto, cujos participantes se reuniam para praticar atividades físicas: caminhada. Freqüência das sessões: uma vez por semana, com duração total de aproximadamente uma hora. A técnica utilizada compreendia: alongamento, caminhada, e fechamento simbólico da sessão. Após alongamento iniciava-se o percurso que compreendia trilhas na vegetação de entorno da Instituição ou ruas asfaltadas em sua vizinhança. O fechamento simbólico da sessão se apresentava como um espaço para a reflexão, simbolização e elaboração da vivência do grupo através de técnicas como grafismo, desenho. Através do vínculo transferencial entre terapeuta do grupo e paciente foi possível que o sujeito pudesse encontrar um espaço dentro deste momento da atividade grupal para atribuir significados a sua produção gráfica, que puderam ser compartilhados no grupo oportunizando, dessa maneira, a ocorrência de processos elaborativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados assinalam que a prática de atividade física por si só pode levar ao rompimento da estagnação que por vezes acomete pacientes psiquiátricos, alem de proporcionar um momento para a legitimação da agitação motora. A possibilidade de sair do Serviço, de caminhar pelas ruas trouxe a oportunidade de sair do espaço da “loucura” favorecendo o reencontro com o mundo externo, com a realidade compartilhada. O grupo deu notícia de que sair do espaço Institucional para praticar atividade física pareceu significar o reencontro com aspectos internos saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. (1913). *Totem e Tabú.* Vol. XIII.

FREUD, S. (1921). *Psicologia de grupo* e *A análise do ego.* Vol. XVIII.

FREUD, S. (1930). *O mal estar na civilização*. Vol. XXI.

;

FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KAËS, R. *El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo.* Barcelona/Espana: Granica Editor, 1976.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KNECHTLE, B. Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders. *Schweiz Rundsch Med. Prax.* Aug 25; 93(35):1403-11, 2004.

LANCETTI, A. Clínica Grupal com Psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem*. Saúde e Loucura*, vol.II, p.155-171, 2000.

PASQUARELLI, A. de S. *Esquizofrenia e Atividade Física: um estudo teórico.* Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atividade Motora Adaptada, Unicamp, São Paulo, 2003.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. De physical activity and mental health: the association between exercise and mood*. Clinics*; 60(1): 61-70, jan.-fev. 2005.

Nome: Bruneide Menegazzo Padilha
Tel.: 19-32553782
Email: bruneidepadilha@uol.com.br
Cidade: Campinas
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro
Graduou-se em: 1980
Onde Trabalha ou atua: Clínica/CEFAS

POSTER 7

CUIDANDO DE QUEM CUIDA – UMA EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO FAMILIAR DO CAPS AD DE TAUBATÉ-SP

Adriana Aparecida Pereira da Silva[44]
Emeline Cristine Santos de Paula[45]
Luciane Ogata Perrenoud[46],

Resumo

Tendo em vista que o CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) do município de Taubaté-SP encontra-se em fase de implantação, mostra-se neste trabalho os primeiros resultados obtidos até o presente momento. Um dos maiores desafios encontrados no tratamento da dependência química é dificuldade de adesão do usuário ao serviço, assim sendo, o CAPS ad de Taubaté vêm priorizando o atendimento do familiar-cuidador como sendo uma ferramenta importante nesse processo. Nesse aspecto, o objetivo de tratar dos grupos familiares é a possibilidade de promover a autonomia e a individuação dos seus membros, resgatando os vínculos afetivos e proporcionando assim, o encorajamento para os processos de mudanças na vida do paciente. Os métodos utilizados são: acolhimento familiar, grupo de familiares, integração família-paciente e intervenção breve. Considerando, portanto, que o atendimento da família é de suma importância para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, espera-se que, com as técnicas apresentadas neste trabalho seja possível pensar em novas estratégicas para otimizar os serviços prestados aos dependentes químicos e seus familiares.

Nome: Adriana Aparecida Pereira da Silva; Luciane Ogata Perrenoud
Tel.: 1236085235
Email: drica_jdl@hotmail.com
Cidade: Taubate
Estado: SP

[44] Assistente social do CAPS ad de Taubaté/SP, graduada pela Universidade de Taubaté – UNITAU
[45] Terapeuta ocupacional e arteterapeuta do CAPS ad de Taubaté/SP, graduada pela Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP e especialista em dependência química pela UNIFESP
[46] Psicóloga do CAPS ad de Taubaté/SP, graduada pela Universidade Estadual Paulista – UNESP, especialista em psicologia clínica psicanalítica pela UEL/PR.

POSTER 8

A SAÚDE MENTAL DOS PAIS/CUIDADORES: GRUPOS DE APOIO EM ENFERMARIAS DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA INFANTIL.

Taciana Cristina Carvalho Ragazzi [47]
Angela Cristina Pontes[48]
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo [49]

RESUMO

É inegável nos tempos atuais a importância de se dar suporte e apoio para pais/cuidadores. Este tipo de intervenção é eficiente e adequada para a minimização de sentimentos de isolamento, ventilação de sentimentos, obtenção de informação e troca de experiências. A doença neurológica crônica, quando aparece atinge de maneira brusca não apenas o doente mas também seus familiares em particular quando é uma criança que adoece. É uma situação bastante delicada visto que, para pais, trazer ao mundo um filho com alguma deficiência gera bastante sofrimento. O objetivo deste trabalho é, enfatizar a importância do cuidado com quem cuida, através dos grupos de apoio. A metodologia utilizada constituiu-se em relatos de experiências realizadas através do grupo de apoio ao cuidador em enfermarias de neurologia e neurocirurgia infantil de um hospital público terciário da cidade de Ribeirão Preto, no período de Fevereiro à Setembro de 2009. Foi possível notar que

[47]Psicóloga pela Universidade de Ribeirão Preto. Formação em Psicoterapia Fenomenológica-Existencial pelo Centro de Psicoterapia Existencial. Realiza Estágio Profissional em Psicologia Hospitalar em Enfermarias de Neurologia e Neurocirurgia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP.

[48]Psicóloga pela UFSCar. Doutora em Ciências da Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Atua como Psicóloga Hospitalar no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMP-USP. Docente do Curso de Psicologia da UNIP – Ribeirão Preto

[49] Terapeuta Ocupacional pela PUCCamp. Doutora e Mestre em Ciências da Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Terapeuta Ocupacional no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMP-USP. Docente do Curso de Terapia Ocupacional e Coordenadora da Pós-graduação em TO do Centro Universitário Claretiano de Batatais.

através dos grupos de apoio, os pais/cuidadores ao trocarem experiências identificam-se uns com os outros, acolhendo entre si e esclarecem duvidas sobre a doença da criança. Conclui-se que o grupo de apoio em enfermarias é fundamental para que os pais/cuidadores sintam-se mais seguros e motivados influenciando de maneira significativa no prognostico da criança.

Palavras-chave: Saúde mental, Pais/Cuidadores, Grupos de apoio.

Introdução

Segundo Wasserman (1992) a doença crônica na infância tem como característica o curso demorado, podendo ser progressiva, os tratamentos são longos e trazem riscos ao desenvolvimento físico e mental. Pode ser vista como um estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança e também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar, devido a idas frequentes ao médico, medicações e hospitalizações. (PICCININI & CASTRO, 2002). Os pais ao perceberem que o filho possui algum tipo de deficiência tendem ao sofrimento gerando questionamentos e diversos sentimentos como revolta, esperança, depressão e culpa (UCHÔA-FIGUEIREDO et al., 2008).

Damião e Ângelo (2001), afirmam que a família deve ser estimulada e auxiliada durante todas as etapas do processo para que, desta maneira, torne-se mais apta e competente para cuidar da criança diminuindo também a intensidade do sofrimento. Pontes (2008); Uchôa-Figueiredo (2009) propõem um controle da situação através do conhecimento da doença e discussão sobre o assunto, fazendo com que estes familiares percebam que nem tudo é novo, e que há outras famílias que passam por situação semelhante. Também Chiattone (1984), em seus estudos, afirma que pais/cuidadores, ao se sentirem mais apoiados e seguros, têm seu sofrimento minimizado, o que se torna muito importante na medida em que só assim poderão ajudar os filhos a suportarem o processo de hospitalização e doença.

O grupo de apoio aos pais/cuidadores constitui-se em uma medida considerada eficiente sendo um espaço possível para a troca de experiências, minimização de

sentimentos de isolamento, ventilação de sentimentos e para obtenção de informações. Ao compartilharem experiências, percebem que seus sentimentos de culpa, frustração, rejeição e raiva são normais (FRANÇOSO & VALLE, 2002).

Fernandes e Souza (2003) asseveram o forte potencial destes grupos no sentido de proporcionar bem-estar, redução de ansiedade, bem como uma nova visão do filho, mais positiva, auxiliando no ajustamento da criança e da família.

O objetivo deste trabalho é enfatizar a importância do cuidado com o cuidador, por meio do grupo de apoio.

Método

A metodologia utilizada constituiu-se em relatos de experiências observados através dos grupos de apoio aos pais/cuidadores na Enfermaria de Neurologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), realizados no período de Fevereiro à Setembro de 2009. Os grupos, caracterizados como abertos, aconteciam uma vez por semana, nas dependências da própria enfermaria. Participavam todos os pais/cuidadores dos pacientes internados, que aceitavam o convite e mostravam-se disponíveis.

Resultados e Discussão

Com a realização dos grupos de apoio foi possível notar a facilitação da troca de experiências entre pessoas que estão passando por situações semelhantes, por meio da identificação, acolhimento mutuo e o apoio entre familiares. Além disso, o trabalho propiciou um espaço de esclarecimento de dúvidas e ventilação sobre o diagnóstico e tratamento da criança, de modo a minimizar o sentimento de angustia associado a este processo e promover uma maior conscientização da família.

Os grupos de apoio se caracterizam a partir do referencial dos pais/cuidadores que dele participam. Portanto há grupos que se direcionam mais para o esclarecimento das afecções neurológicas e/ou cirúrgicas, enquanto outros para os dilemas e sofrimentos dos acompanhantes e familiares.

De maneira geral observa-se que:

- há uma diminuição da ansiedade dos pais/cuidadores quanto a hipótese diagnóstica ou sintomatologia da criança, bem como quanto ao tratamento e evolução da doença;
- as trocas de experiências entre os participantes, por meio da identificação e reflexão sobre modelos de conduta, fortalecem a autonomia e o desenvolvimento de recursos mais elaborados para lidar com o sofrimento da criança;
- promove um melhor entendimento do tratamento e evolução do problema da criança;
- favorecem não apenas a relação cuidador/paciente, mas, sobretudo, a relação cuidador/paciente/equipe.

Considerações finais

Considerando o que foi exposto, é possível afirmar que o grupo de apoio para pais/cuidadores é uma ferramenta importante para que se sintam mais seguros e motivados influenciando de maneira significativa no prognostico da criança, confirmando as referencias anteriormente apontadas.

Referências Bibliográficas

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002.

CHIATTONE, H. B. de C. **Relato de experiência de intervenção Psicológica junto a crianças Hospitalizadas**. In: ANGERAMI, V.A. Psicologia Hospitalar: A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar. São Paulo: Traço Editora, p.15-57, 1984

DAMIÃO, E. B. C.; ÂNGELO, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-71, mar. 2001.

FERNADES, P. T., & SOUZA, E. A. P. Parents´ Groups in Childhood Epilepsy: a psychological view. **Jounal of Epilepsy and Clinical Neurophycology.** Liga Brasileira de Epilepsia. – Porto Alegre: Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS, v. 9, n. 4, dez. 2003, p. 255-260.

FRANÇOSO, L. P. C, & VALLE, E. R. M. **Assistência psicológica à criança com câncer – grupos de apoio.** In: Psico-oncologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicológo, p.75-127, 2001.

PONTES, A. C. **A maternidade em mães de crianças com doenças neurológicas crônicas: um estudo sobre a sobrecarga e a qualidade de vida.** 2008. 229p. Tese [Doutorado] - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto –USP, 2009.

UCHÔA-FIGUEIREDO et al. Cuidando de que cuida: Relato de Experiência. **Claretiano: Revista do Centro Universitário**. Batatais: Centro Universitário Claretiano – CEUCLAR, 2008, p. 146-151.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. **O impacto da doença na vida cotidiana dos cuidadores de crianças com epilepsia de difícil controle**. 2009. 260p.Tese [Doutorado] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, 2009.

WASSERMAN, M. D. A. Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In: GARFINKEL, B.; CARLSON, G.; WELLER, E. (Orgs). **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescentes**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 408-416.

Nome: Taciana Cristina Carvalho Ragazzi
Tel.: (016)39161089
Email: tacirz@hotmail.com
Cidade: Ribeirão Preto
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro
Graduado na: UNAERP
Graduou-se em: 2007
Onde Trabalha ou atua: Clinica, hospitalar -HCFMRP-

POSTER 9

DESCONSTRUINDO O PACIENTE IDENTIFICADO NA PSICOTERAPIA FAMILIAR : O USO DO DESENHO COMPARTILHADO E SUA ANÁLISE DO LUTO

Sílvia C.S.Karacristo
Viviane Manfre
Sonia Nukui
Suzi Akemi Ando
Eliana Siqueira
Leila Cury Tardivo

"O ' não pensável' torna-se relato compartilhável, através de uma série de trânsitos emocionais, graças aos quais é possível dar um nome ao que antes não era representável".
(FERRO, 2005, pp. 103)

RESUMO

Utilizando a Técnica dos Desenhos Compartilhados (KARACRISTO E TARDIVO, 2008) inspirada no procedimento DF-E (TRINCA, 1997), objetivou-se um diagnóstico compreensivo a respeito das relações familiares, bem como a revelação de aspectos intrapsíquicos de cada membro da família, com o intuito de promover a desconstrução do paciente identificado e resignificar o papel do luto como pertencendo a todos.
Neste artigo, pretendemos mostrar um recorte apenas do material projetivo realizado com a primeira consigna dos desenhos compartilhados baseados no DF-E (TRINCA, 1997).

PALAVRAS - CHAVE: Psicoterapia familiar, DF-E (TRINCA), Luto, Paciente Identificado

INTRODUÇÃO

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, abriga um serviço de atendimento a Famílias e Casais, com o objetivo de lançar luz ao sofrimento humano, bem como desenvolver pesquisas que possam enriquecer ainda mais nosso trabalho.

Utilizando as abordagens Sistêmica (MINUCHINN, 2008), e Psicodinâmica (MEYER, 2002; BERENSTEIN, 1988 e FERRO, 2005), teceremos considerações acerca de uma família em processo de luto cristalizado onde, a princípio, recai em um dos membros da família como forma de resguardar o equilíbrio da mesma. Sendo o luto familiar um processo a ser elaborado de forma compartilhada, ilustraremos através de uma técnica de desenhos da família, inspirada no procedimento de DF-E (TRINCA, 1997) as projeções que cada membro da família tem a respeito de seus processos internos, e que nos guiarão a descobertas de novos significados, redefinindo o luto de maneira mais integrada. Emprestando conceitos a respeito do Luto, temos FREUD (1917) em “Luto e Melancolia“, bem como Bromberg (2000), Macgoldrick e Walsh (1998).

FAMÍLIA EM ATENDIMENTO

Uma família: pai (A., 37anos); mãe (B., 35 anos); filho (C., 12 anos) e filha (D., 10 anos), nos procura com a queixa de que D. apresenta sintomas de muita tristeza, desânimo, chorando facilmente e prejudicando suas atividades diárias. Ela foi internada com dores fortes no estômago e recebeu o diagnóstico de estresse. Estes sintomas surgem de forma muito semelhante ao quadro psiquiátrico que a mãe apresenta e que é tratado há 5 anos, desde o morte de um filho caçula de 7 meses. A família não reconhece a tristeza de D. (paciente identificado), bem como o quadro de depressão de B., causados pela perda do ente querido. A mãe preserva em todos os sentidos a lembrança viva do filho que perdeu, e este se transforma em um “anjo” que habita a vida da família.

Esta mesma família havia procurado o Serviço de atendimento do Projeto APOIAR há 6 meses e realizado psicoterapia de casal por 3 meses, indicada pela psicoterapeuta que tratava B., de forma individual. A interrupção da psicoterapia de casal deu-se de maneira precoce, com a justificativa de impossibilidade de horário, embora o casal sempre mostrou-se muito disposto aos atendimentos da psicoterapia. Considerando alguns dados colhidos

na primeira etapa da psicoterapia de casal, constatamos uma certa intolerância e distanciamento de A. ao falar sobre a morte do filho, ainda bebê e, ao mesmo tempo, B. apresentava uma grande carga emocional voltada para a lembrança de seu filho falecido. “Ele permanece vivo entre nós. Tenho ainda pela casa as fotos dele e comunidades virtuais destinadas a ele” (sic). Quando comentam sobre os dois filhos que possuem, referem que, naquela época, estavam bem na escola e socialmente. Fizemos um único atendimento com toda a família (contrário aos nossos planos de trabalho), antes do casal interromper a psicoterapia.

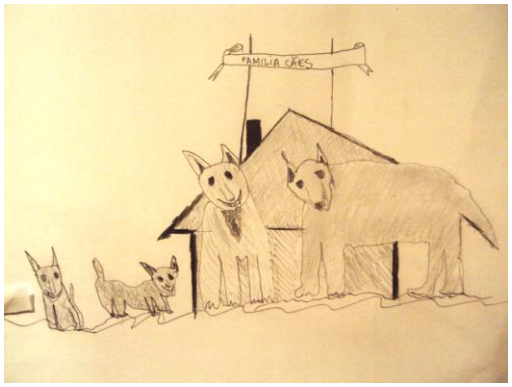
Após 6 meses de interrupção ao atendimento do casal, B. entra em contato com uma das psicoterapeutas que lhes atendeu e pede retorno ao tratamento, com a queixa de que sua filha não está bem e quer ser orientada quanto a isso. Pedimos que a família comparecesse ao atendimento, visto que fazia sentido a participação de todos. Levantamos a hipótese de que, aliada ao resultado da experiência da psicoterapia de casal realizada há alguns meses, havia uma queixa de um sintoma familiar, e que o tema principal “tristeza” pudesse estar combinado ao mesmo pedido realizado na psicoterapia do casal. Tornou-se evidente que os sintomas que a filha apresentava eram destinados a mostrar que o luto familiar ainda estava presente, necessitando ser compreendido como sendo de todos. Tal qual a sua mãe, D. demonstrava sofrer de muita saudade do irmão falecido. O luto circulava entre todos em busca de um significado.

No atendimento à família, comparecem à primeira sessão em co-terapia, o pai, a mãe e os filhos. Todos se apresentam de maneira colaborativa, demonstrando bastante união familiar e interessados em algo que pudesse aliviar o sofrimento de D. Esta, por sua vez, chora e responde que “não sabe porque está triste” (sic), está mais magra do que há alguns meses atrás. Ao perceber o sofrimento da filha, a mãe lhe estende a mão para ampará-la. O irmão e o pai de D. também se mostram muito solidários com a imensa tristeza dela. Todos tentam comunicar algo que faça sentido ao fato deles estarem naquele momento fazendo psicoterapia de família, e querem entender os sintomas de D., já que o médico diagnosticou que ela está em processo de estresse. Querem dividir a dor quando o assunto referido ao luto e morte é tratado.

PROCEDIMENTOS

Ainda ao final deste primeiro encontro, pedimos a eles que desenhassem uma família qualquer. Baseamos este pedido no propósito de colhermos dados significativos do diagnóstico do tipo compreensivo e interventivo que o DF-E (TRINCA, 1997) nos oferece. Unimos os conceitos psicodinâmico e sistêmico, completando o pedido à família que a tarefa deste desenho fosse realizada em conjunto (KARACRISTO E TARDIVO, 2008).

A partir de algumas sessões iniciais de psicoterapia da família, podemos levantar hipóteses que são retratadas através dos desenhos realizados individualmente, somente com a primeira consigna do DF-E : ‘’desenhem uma família qualquer’’.



Todos os desenhos foram realizados em uma única cartolina, porém cada membro da família realizou em separado o seu próprio desenho. Assim, o desenho realizado pelo pai (uma família de cães),

O Deseho da mãe (uma família de eletrodomésticos),

O da filha (família de pinguins)

;

E o Desenho do filho (família espacial)

Todos retratam de forma estereotipada famílias sem aspectos humanos e que ainda não se aproximam da verdadeira identidade, mas que, de alguma forma, tentam mostrar seu papel na resolução dos conflitos, juntamente com as histórias por eles contadas: o pai guarda a casa como os cães o fazem, a mãe se ocupa dos afazeres domésticos em companhia de um ‘’anjinho’’, a filha vive a frieza de um ambiente congelado e o filho, por sua vez, retrata ETs que se comunicam e uma “criancinha” que ainda não aprendeu a se comunicar com os demais. Não sendo fácil elaborar a perda de um membro da família, é atuada uma série de vias de fuga, através de sintomas alheios e desconectados com o fato real. A resignação e a aceitação da morte são dificultadas por provocar em todos sentimentos de mudanças catastróficas, que são encobertos por uma culpa excessiva, tolhendo novos investimentos. Assim refere Ferro (2005) ‘’O sentimento de culpa tem a ver tanto com o ‘não feito’ quanto o se dar conta de não ter sido capaz de proteger a pessoa amada dos golpes que o destino pode infligir ‘’, (p.152).

COMENTÁRIOS FINAIS

Após a realização dos desenhos pela família, D., mostra-se disposta, alegre, e muito diferente da forma que inicialmente se apresentara. Parece ter dividido realmente sua ”tristeza” em “pacotes menores” e distribuídos aos seus parentes. Isto, aos olhos das psicoterapeutas, significava o início de um longo trabalho de desconstrução do paciente identificado, como um dos grandes méritos da psicoterapia familiar.

Através de um trabalho psicoterápico familiar, considerando o material apresentado, pretendemos transformar a dor psíquica direcionada a uma pessoa (paciente identificado) em algo pensado por todos. Através da capacidade de *réverie* (BION, 1965), aumentar a tolerância ao reconhecimento da verdade, da dor e da frustração. Trabalhando dentro da

família “o frio”, a falta de comunicação, o “anjinho”, os “cães de guarda” (homeostase familiar), tornando possíveis novos investimentos em direção ao crescimento emocional.

REFERÊNCIAS

BERENSTEIN, I . *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta.,1988

BROMBERG M. H. P. F. . *A Psicoterapia em situações de luto.* São Paulo: Editora Livro Pleno, 2000.

FERRO, A. (1947). *Fatores de Doença, Fatores de Cura, gênese do sofrimento e da cura psicanalitica.* Rio de Janeiro: Imago, 2005.

FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: *Ediç. Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV,* Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KARACRISTO, S.C.S. e TARDIVO, L.S.P.C. . Uma família enlutada compartilhando a dor: possibilidades a partir dos Desenhos de Famílias com Estórias. In: *Apóiar:: Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008. .

MACGOLDRICK e WALSH . *Morte na família: sobrevivendo às perdas.* Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MEYER, L.. *Família: dinâmica e terapia: uma abordagem psicanalítica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

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

TRINCA, W Apresentação e aplicação. In: Trinca, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor, 1997.

Inscricao Numero:
Nome: Sílvia C. S. Karacristo
RG: 116338222
Tel.: 11 50534785
Email: silviacsk@uol.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro
Onde Trabalha ou atua: APOIAR- IPUSP

POSTER 10

EXPERIÊNCIAS COM UM GRUPO DE ADOLESCENTES ATRAVÉS DOS MITOS GREGOS

Cybele Carolina Moretto[50]
Antonios Terzis[51]

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar parte de uma pesquisa de doutorado, ainda em andamento, que investiga os processos psíquicos de um grupo de adolescentes, verificando se a técnica grupal é eficaz para sensibilizá-los aos fenômenos de grupo e se possibilitará a busca de meios apropriados para resolver alguns dos problemas que ali se evidenciarem. O referencial teórico será a teoria psicanalítica de grupos. Formaremos um grupo com oito adolescentes, entre 13 e 14 anos, os quais apresentam diversos tipos de queixas clínicas, como: ansiedade acentuada, dificuldades de relacionamento e de aprendizagem. A pesquisa será realizada em uma instituição filantrópica de saúde mental, no município de Sorocaba. Será utilizado o dispositivo de grupo operativo, ao qual será colocada a tarefa de refletir e discutir a respeito dos sentimentos, pensamentos e fantasias suscitados por meio do relato de mitos gregos. Utilizaremos o modelo qualitativo de pesquisa de *análise do conteúdo* (Mathieu, 1967) a qual visa ultrapassar a mera descrição do conteúdo das mensagens, com aplicação de inferências que possibilitam uma interpretação aprofundada. Os resultados esperados por meio da técnica grupal serão a sensibilização aos fenômenos de grupo, reflexão sobre atitudes e condutas, vivência das emoções, maior integração e sociabilidade.

Palavras-chaves: psicanálise de grupos, adolescência, mitos gregos.

INTRODUÇÃO

[50]Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia;

[51] Professor da Pós-Graduação PUC Campinas

A questão do grupo na psicanálise

O objetivo deste capítulo é introduzir a questão do grupo na psicanálise, apoiando-se por um lado, nos trabalhos de Freud (1913, 1921, 1930), e por outro lado, nos estudos e nos novos conceitos do Círculo de Estudos Franceses para a Formação e a Pesquisa em Psicanálise (CEFFRAP), escola desenvolvida pelos esforços, em particular, dos psicanalistas, Anzieu (1966) e Kaës (1997), sobre o método e a clínica da situação psicanalítica de grupo.

Iniciemos pela etimologia da palavra *grupo*, a qual surgiu no século XVII, na Itália, quando se empregou a palavra para mostrar uma pintura retratando um conjunto de objetos. No século XVIII, a palavra foi utilizada pela primeira vez na França, para designar uma reunião de pessoas e a idéia de conjunto. Os lingüistas relacionam a palavra *grupo* com *laço* ou *nó*, ou *massa circular*. Segundo Anzieu (1966), a idéia de um *círculo* está na origem da palavra e sua etimologia demonstra duas linhas de força que encontramos na vida dos grupos: a idéia de *nó*, como o laço que conecta os indivíduos, e a idéia de *massa arredondada* pode ser associada com a imagem do corpo, coeso, determinado e delimitado. Ainda de acordo com o autor, o termo grupal é usado para qualificar os fenômenos próprios do grupo, especialmente para distinguir as relações entre as pessoas. A expressão grupalidade serve para designar o conjunto das características internas essenciais para o grupo.

Freud, apesar de nunca ter atendido grupos, apresentou importantes contribuições teóricas à psicologia dos grupos humanos em: “Totem e Tabu” (1913), “Psicologia das Massas e Analise do Ego” (1921) e “Mal estar na civilização” (1930). Muitas das suas idéias deram sustentação para o surgimento da teoria de grupo e foram utilizadas por diversos autores para constituir o alicerce de seus trabalhos com grupos.

De acordo com Freud (1921), não há diferenças essenciais entre a psicologia individual e social, pois a psicologia do indivíduo permanece em função das relações que este estabelece com outras pessoas. Nesse trabalho de 1921, o autor enfatizou o estudo dos relacionamentos interpessoais e dos fenômenos sociais. Focou a psicologia das multidões (exército e igreja) tendo como objetivo discutir as mudanças que podem ocorrer no psiquismo individual quando o sujeito está no grupo. Para ele há um enfraquecimento do

racional e um aumento da impulsividade. O indivíduo atua muito mais pela ação e pela emoção, havendo uma diminuição do senso critico e de responsabilidade, e em função disso, não considera a realidade externa. Através de processos identificatórios projetivos e introjetivos, as pessoas do grupo perdem a capacidade de se perceberem enquanto ser individual, além de elegerem um líder que se tornará ideal e o responsável por todas as decisões do grupo. Através de um sentimento de ilusão grupal, os membros passam a achar que o líder é capaz de amar a todos sem distinção. A ilusão é uma formação reativa que surge no grupo pelo medo de serem exterminados ou rejeitados pelo líder ou mesmo pelos desejos dos membros do grupo de tomar o seu lugar.

Na década de sessenta, autores como Anzieu (1966) e Kaës (1997), trouxeram contribuições para o estudo psicanalítico de grupos ao estabelecerem que os grupos se constituem dentro de um referencial corporal, como um objeto, supondo-se que no seu interior ocorresse a organização da energia psíquica de forma semelhante ao que ocorria na mente de um indivíduo.

Anzieu (1966) defendeu a tese segundo a qual o grupo é um sonho. Um grupo humano é também um encontro de pessoas, em um espaço de confrontos e de laços entre os participantes, fora de qualquer referência social. As afinidades e as contradições no grupo florecem. Os desejos individuais, sempre presentes buscam sua realização. Desta forma, o grupo como sonho opera de uma forma fantasmática na vida das pessoas. Um sonho é um fenômeno psíquico que ocorre durante o sono, constituído por imagens, e emoções que se apresentam à mente das pessoas, guardando uma relação com o mundo real da mesma. A esta forma, semelhante aos sonhos, as pessoas depositariam imagens, pensamentos e emoções nos grupos, os quais funcionariam como uma tela de cinema, na qual seus membros projetariam um filme, cujas imagens seriam aquelas das suas próprias vidas. Sua proposta revela que na estrutura do grupo e do sonho há uma similaridade de funcionamento: no grupo as fantasias subjacentes são evocadas e a dinâmica interna dos elementos para a realização dos desejos inconscientes são replicados como uma ‘tópica projetada’.

O autor entende que o acesso ao inconsciente grupal pode seguir o mesmo modelo que Freud formulou para a compreensão da formação do sonho que, ao ser aplicado ao grupo, torna possível captar o que é ali projetado como pertencente ao sujeito singular e ao

mesmo tempo, reconhecer na configuração do grupo, que há um compartilhamento daquele material.

Dando continuidade a essas idéias, Kaës (1997), vai propor que as pessoas se dirigem ao grupo para sentirem um corpo imaginário onde podem ser amadas buscando uma unidade perdida no nascimento. As pessoas procuram no grupo reviver o desejo de se fundirem ao corpo materno. Para este autor, assim como para Anzieu (1966), o grupo é um lugar para a manifestação de desejos reprimidos e é a representação da imagem de um corpo, o corpo materno. Segundo Kaës, o grupo detinha um espaço, um lugar que permitia a manifestação do desejo, como ocorria nos sonhos. Desta forma, as pessoas se dirigiam aos grupos para realizarem o desejo de se fundirem novamente ao corpo materno, no qual possuíam todo o conforto e proteção. Portanto, Anzieu e Kaës nos mostram que um grupo é a representação da imagem de um corpo, mais especificamente, do corpo materno. As pessoas fazem uma busca do objeto perdido na infância através do objeto grupo.

Enfatizamos, nos valendo das idéias de Terzis (2008), das quais compartilhamos, a importância de que todos esses conceitos psicanalíticos tornam possível o conhecimento de uma parte importante da realidade psíquica do inconsciente e das subjetividades que mal seriam acessíveis de outra forma. Ainda, esses conceitos e outros podem gerar novos campos de pesquisa.

Os mitos e os sonhos: interpretação psicanalítica

O objetivo deste capítulo é desenvolver algumas noções sobre o mito grego e a sua importância. Iniciando pelo significado da palavra *mito*, no dicionário Houaiss (2001), encontramos que se refere a um personagem, fato ou particularidade que, não tendo sido real, simboliza não obstante uma generalidade que devemos admitir; coisa ou pessoa que não existe, mas que se supõe real; coisa só possível por hipótese; quimera. A etimologia da palavra, a qual procede do grego *mythos,* ligada ao verbo *mythevo*, que significa *crio uma história imaginária*, sugere que o mito é uma criação imaginária que se refere a uma crença, a uma tradição ou a um acontecimento. E mitologia se define pelo conjunto de mitos e lendas que um povo construiu, bem como o estudo dos mitos.

Segundo Terzis (2005), foram os gregos da idade clássica, chegando em Platão, que insistiram em separar o mito do discurso racional (logos). A palavra mito (como já dissemos) é derivada de *mythos* ou *palavra* que, por sua vez, difere do *logos* que também significa *palavra*. Porém, *mythos* é a palavra transmitida oralmente, ao contrário de *logos* que é a expressão do pensamento que provém de dentro da mente do indivíduo. Portanto, *mythos* é aceito sem questionamentos, faz parte das crenças e da cultura de um povo, diferente de *logos* que por ser a expressão do pensamento, pode ser questionado e sua validade deve ser provada.

De acordo com Campbel (1995), os mitos são como pistas que ajudam ao homem a procurar, dentro de si próprio, o sentido para as diversas experiências da vida, para que estas entrem em consonância com a nossa vida interior. Os mitos são historias que buscam contar a historia do homem, sua verdade, seu sentido através dos tempos, assim como revelam a necessidade do homem em compreender a vida e a si mesmo, a se voltar para si mesmo e a se conhecer. Por isto, decifrar o mito é também decifrar-se, conforme o enigma proposto pela Esfinge aos cidadãos de Tebas.

Podemos nos interrogar sobre os motivos pelos quais os mitos se conservam até nossos dias, em uma sociedade pós-contemporânea. Porque ele trata dos mesmos problemas existenciais, morais, emocionais e sociais que afligiam o homem antigo e continuam a nos angustiar hoje.

O mito grego também ocupa um lugar privilegiado na psicanálise. Freud (1900) considerou o mito e o sonho, expressões codificadas do inconsciente, porém, ao contrário dos sonhos, os mitos são partilhados em público. Segundo Campbel (1995), ao serem compreendidos poderão fornecer acesso a mente humana, pois se configuram como pistas para a própria história psíquica do homem.

A teoria freudiana dos mitos assinala que na criação e na formação dos mitos, os desejos reprimidos e os pensamentos de uma dada comunidade desempenham um papel importante, a qual cria seus mitos utilizando material que foi extraído do inconsciente do grupo (Terzis, 2005).

Para a compreensão do mecanismo de criação do mito é necessária a retomada de alguns conceitos freudianos. Na obra “A Interpretação dos Sonhos” (1900), Freud descreve o funcionamento dos sonhos e compara seu mecanismo com o dos mitos. Já nos “Três

Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade" (1905), são descritos os fenômenos psíquicos que criam desejos e idéias, os quais, devido a sua periculosidade, são reprimidos no inconsciente para constituírem o material, a partir do qual, segundo Freud, são formados os mitos.

Podemos questionar sobre como o funcionamento do sonho se compara ao mecanismo do mito. Por toda a obra freudiana encontramos o ponto de vista de que o material dos sonhos reaparece igualmente nos mitos, nas lendas, assim como nas anedotas da vida cotidiana (Freud, 1900; Abraham, 1909, Terzis, 2005). De modo semelhante ao sonho, o funcionamento do mito reside na representação consciente dos medos e desejos inconscientes reprimidos no nível social e coletivo. No plano pessoal, o sujeito sonha para se aliviar da tensão provocada por pensamentos perigosos. No nível social, os membros de toda uma comunidade tentam reconciliar ilusões e situações inconscientes que se ligam a ações proibidas. Tanto nos mitos, como nos sonhos a censura jamais é suprimida completamente, por isso a manifestação é dissimulada para escaparem ao seu reconhecimento consciente (Caldwell, 1989).

O mito difere do sonho no sentido de que o sonho é uma experiência pessoal, e o mito é como um sonho da coletividade, é o publico, enquanto que o sonho é o privado.

Além disso, concordamos com Terzis (2005) quando afirma que Freud percebeu que o mito se enraíza no inconsciente e uma vez que a mente das pessoas de uma determinada sociedade tem um mito em comum, no que diz respeito ao inconsciente, aquilo que uma determinada pessoa expressa é algo que pode existir latente nos outros sujeitos do grupo, aguardando o momento de ser expresso. Assim, levantamos a hipótese de que os mitos no grupo de adolescentes podem ser compartilhados pelos diferentes membros.

Os mitos também podem se constituir a válvula de segurança por onde são canalizados as tensões da sociedade, constituindo-se como um campo apropriado à identificação de situações e personagens que refletem os desejos mais íntimos de um determinado povo, os quais são realizados por meio da imaginação e não na vida real. Uma das funções do mito é contar poeticamente os medos, dramas e terrores da humanidade, deixando-os menores e menos assustadores (Abraham, 1909). Desta forma, podemos pensar que o uso dos mitos para o entendimento de situações psicológicas pode ser valioso, assim como poder exercer uma função terapêutica para grupo a ser pesquisado.

Os mitos estão relacionados com os estágios da vida, as cerimônias de iniciação e passagem, enfim com ritos que marcam o novo papel que passa a desempenhar. Por isso, propomos investigar algumas questões da adolescência, um estágio especifico da vida humana, um momento de passagem da infância para as responsabilidades do adulto.

Para Bettelheim (1980) há uma concordância geral de que os mitos, assim como os contos de fada, expressam na linguagem de símbolos representando conteúdos emocionais inconscientes. O apelo do mito e dos contos é simultâneo a mente consciente e inconsciente. “Por isso é muito eficaz, e no conteúdo dos contos, os fenômenos internos psicológicos recebem corpo em forma simbólica” (p.47).

É importante mencionarmos, nos valendo das idéias do autor acima, das quais compartilhamos, que o mito pode despertar poderosas reações emocionais, podendo provocar uma catarse. Em suas palavras: “Com isto, certas tensões internas, que são a conseqüência de situações passadas há muito, podem ser aliviadas; um material previamente inconsciente pode então entrar na consciência da pessoa e tornar-se acessível a uma elaboração consciente” (p.48). Isto, aplicado num grupo de adolescentes, poderá sensibilizá-los sobre o que os mitos significam, facilitando a compreensão de sentimentos e pensamentos.

Dentre os mitos gregos, alguns têm um interesse especial para a interpretação da adolescência. Os mitos que serão utilizados como tarefa do grupo de adolescentes são: o mito de Dioniso, de Édipo, de Ícaro, de Hércules, de Jasão, de Perseu, de Teseu e de Narciso.

OBJETIVO

Esta pesquisa psicanalítica tem como objetivo investigar os processos psíquicos (intrapsíquicos e intersubjetivos) de um grupo de adolescentes, verificando se a técnica grupal é eficaz para sensibilizá-los aos fenômenos de grupo e se possibilitará a busca de meios apropriados para resolver alguns dos problemas que ali se evidenciarem.

MÉTODO

A partir do método psicanalítico, será utilizado o método aplicado aos grupos e os conhecimentos advindos da grupanálise referentes às formações e processos grupais para investigação e análise dos resultados. Terá como objeto de investigação as produções do inconsciente; nesse caso, do grupo de adolescentes. A psicanálise chamada de aplicada é um conjunto de práticas do método geral com as devidas transposições necessárias do método tradicional de acordo com o campo, com a natureza dos sujeitos envolvidos e com o objetivo do trabalho (Anzieu, 1966).

Participantes e Local de pesquisa

Será formado um grupo com oito adolescentes, de ambos os sexos, de 13 e 14 anos, e que aceitem participar da pesquisa. Os pais que procuram o serviço para o tratamento dos seus filhos na Associação Pró-reintegração Social da Criança, instituição filantrópica de saúde mental, no município de Sorocaba, interior do estado de São Paulo, relatam que esses últimos apresentam dificuldades em diversas áreas de suas vidas, como, por exemplo: aprendizagem escolar, ansiedade e irritabilidade acentuadas, agressividade com os pais, dificuldades de relacionamento social e escolar.

Instrumento

- Grupo Operativo (Pichon-Riviere, 1980):

Utilizaremos o dispositivo formulado por Pichon-Riviere. De acordo com o autor, todo grupo tem uma tarefa, um objetivo que seus membros almejam alcançar em conjunto. O grupo operativo é aquele centrado em uma tarefa de forma explícita, por exemplo: aprendizado, diagnóstico de dificuldade, tratamento, e neste último caso encontramos os grupos terapêuticos os quais têm por tarefa tratar das questões psíquicas. Além da tarefa explicita encontramos outra tarefa de forma implícita, subjacente à primeira, por meio da qual, através da aprendizagem, abordam-se os problemas pessoais relacionados com a tarefa.

Pichon afirma que o grupo está em tarefa, quando a ação implicada na tarefa pode circular por sentimentos e pensamentos, tornando possível a elaboração psíquica

concomitante. A esse respeito, parece-nos válido que todo grupo operativo, independentemente da tarefa que se propõe, pode promover a capacidade de reflexão e, por isso, possui, indiretamente, uma função terapêutica. A elaboração ou transformação psíquica que decorre da tarefa é o aspecto propriamente terapêutico do grupo operativo no sentido de promoção de saúde mental dos integrantes do grupo (Moretto, 2008).

Ao grupo de adolescentes de nossa pesquisa, será proposta a tarefa, relacionada aos interesses e necessidades dos participantes, de refletir e discutir a respeito dos sentimentos, pensamentos e fantasias suscitados por meio da leitura de mitos gregos. Será proposto, ainda, que os adolescentes levem os relatos dos mitos para realizarem uma primeira leitura antes das reuniões do grupo. Deixaremos livre a decisão de continuar por mais de uma reunião a discussão de um mito. Utilizaremos por critério de saturação o momento de se introduzir um novo relato mítico.

O funcionamento do grupo

Com o intuito de alcançarmos os objetivos propostos por esta pesquisa, definimos que o grupo será fechado e homogêneo em relação às queixas e à faixa etária. Assim, mesmo que algum participante desista ninguém entrará em seu lugar.

O grupo se reunirá uma vez por semana, durante aproximadamente seis meses, período em que se fizer necessária a discussão dos oito mitos gregos. As reuniões terão a duração de uma hora e 15 minutos, preferencialmente sempre no mesmo horário. Os participantes serão tratados pelo primeiro nome, podendo favorecer a proximidade afetiva.

Os dispositivos que criam condições para realizar este estudo são estabelecidos pelas regras básicas que sustentam um trabalho grupal e que foram propostas pelos autores da psicanálise de grupos como Anzieu e Kaës (1989) e que são fundamentalmente:

- a não-omissão, ou necessidade de que os participantes verbalizem a respeito dos sentimentos, pensamentos e fantasias do grupo suscitados através dos relatos míticos; será denominado de livre associação circulante (que equivale à associação livre no trabalho individual) e será estimulado o relaxamento da censura;

- a abstinência ou sigilo – regra para os participantes não manterem convívio social ou envolvimento fora do grupo;

- a restituição – conversas que ocorram fora das reuniões em relação aos acontecimentos do grupo sejam levadas para o grupo na reunião seguinte.

Análise do Material

Gravaremos todas as reuniões grupais em aparelho de mp3. Será utilizado para a análise dos resultados o método proposto por Mathieu (1967). O autor fez uma analogia entre o relato mítico e a produção onírica em seu artigo sobre a interpretação psicanalítica do mito céltico. Na análise de um sonho se valorizam as diversas associações que o indivíduo faz sobre o mesmo. Já na análise de um texto, o autor considera que a organização dos temas mostra a maneira pela qual o inconsciente se revela e o sentido surge quando se considera o conjunto dos temas, denotando o material das produções emocionais. A repetição de um tema sobre os demais confere ao mesmo uma característica particular, a de expressar a significação simbólica do relato. Isto pode ser compreendido se considerarmos que os diversos temas presentes em um relato mítico possuem laços de função entre os mesmos, semelhantes às associações do sonho.

Assim sendo, os diversos temas expressos nos relatos míticos nos conduzirão ao seu principal, através da repetição de um deles. É desta maneira que o conteúdo latente de um relato se torna manifesto. O reconhecimento do momento em que surge determinado tema dentre de um relato, somado à capacidade de relacioná-lo com os outros temas, é que permite o acesso aos conteúdos inconscientes. Entendemos, junto com Mathieu (1967), que tanto a produção literária, como o mito e o sonho se constituem numa forma de passagem entre o processo primário e o processo secundário.

Dessa forma, nossa análise visará ultrapassar a mera descrição do conteúdo das mensagens, com aplicação de inferências que possibilitam uma interpretação aprofundada e apontará os temas-chaves de cada reunião do grupo. A análise interpretativa dos conteúdos será realizada concomitantemente por dois psicólogos, utilizando como referencial teórico os conhecimentos da psicanálise e da grupanalise. As leituras das reuniões permitirão descrever em detalhes, os fenômenos recorrentes, que apareceram na situação do grupo, resultantes do processo reflexivo. Portanto, o centro da nossa analise não será o indivíduo, mas sim os processos de grupo.

Inicialmente, será realizada uma análise vertical, a partir da qual cada reunião será analisada, discutida e interpretada, por meio das falas apresentadas pelos participantes, bem como das suas comunicações não-verbais, buscando desvelar significados simbólicos. Em seguida, realizaremos uma análise horizontal, procurando discutir resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados por meio da técnica grupal serão a sensibilização aos fenômenos de grupo, reflexão sobre atitudes e condutas, vivência das emoções, pensamentos, liberdade de ação, maior integração e sociabilidade. Espera-se que os adolescentes que participarão da pesquisa apresentem maior percepção interna e obtenham uma experiência de autoconhecimento. Este benefício poderá decorrer da percepção da importância de sua participação como agente ativo na construção dos relacionamentos intersubjetivos.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. Dreams and myths. A study of race psychology, New York: White, 1909.

ANZIEU, D (1966). O grupo e o Inconsciente: imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1990.

ANZIEU, D. & KAËS, R. Crònica de un Grupo (Trad. Hugo Azevedo). México: Ed. Gedisa,1989.

BETTELHEIM, B. (1980) A psicanálise dos contos de fadas. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2000.

CALDWELL, R.S. The origin of the gods. A psychoanalytic study of Greek Theogonic myth, New York: Oxford, 1989.

CAMPBELL, J. O poder do mito. Trad. Moisés, C; São Paulo: Editora Palas Athena, 1995.

FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos (Trad. De J. Salomão). Ed. Standart Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vol 4. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (Trad. De J. Salomão). Ed. Standart Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vol 7. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996.

FREUD, S. (1913) Totem e Tabu. (Trad. De J. Salomão). Ed. Standart Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vol.13. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996.

FREUD, S. (1921) Psicologia de Grupo e Análise do Ego. (Trad. De J. Salomão*).* Ed. Standart Brasileira das Obras Completas de S. Freud*,* Vol.18. Rio de Janeiro: Ed. Imago,1996.

FREUD, S. (1930) Mal-estar da Civilização (Trad. De J. Salomão). Ed. Standart Brasileira das Obras Completas de S. Freud, Vol.21. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de janeiro: Objetiva, 2001.

KAËS, R. O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

MATHIEU, P. Essai d' interprétation de quelques pages du revê celtique, Interpretation, 2:32-59, 1967.

MORETTO, C.C. Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico*.* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC – Campinas, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1980) O processo grupal (Trad. Velloso, M.). São Paulo: Martins Fontes. 2000.

TERZIS, A. A natureza e a interpretação psicanalítica do mito. In: Terzis, A. (org.) Psicanálise, grupalidade e cultura. Campinas: Editora Magister Baron, 2005.

TERZIS, A. As atuais condições das práticas analíticas de grupo. Anais do IX Simpósio CEFAS e II Jornada FLAPAG, Campinas: CEFAS, 2008.

Tel.: 15-97091160
Email: cybele.moretto@ig.com.br
Cidade: sorocaba
Estado: SP
Cursando: doutorado em psicologia
Semestre: Segundo
Faculdade: PUC-Campinas
Graduado na: unip
Graduou-se em: 2002
Onde Trabalha ou atua: psicóloga

POSTER 11

PESQUISA E REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOLOGIA DO ESPORTE E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO ESPORTE ADAPTADO

Clélia Marta Casellato de Souza
Juliana Y. Sato Ho;
Eliane Lemos[52].

RESUMO:

O objetivo desta pesquisa foi avaliar os conhecimentos que os graduandos de psicologia do IPUSP possuem sobre: esporte adaptado, contribuições da psicologia para esta modalidade, como evidenciar o entendimento sobre o profissional psicólogo atuando junto ao atleta do paradesporto e aos outros profissionais que exercem atividades nesta área. Participaram desta pesquisa 48 alunos do terceiro ano. Dos alunos pesquisados 65% sabiam o que era esporte adaptado, dos quais a maioria (75%) obteve informação através da mídia. Quanto aos benefícios do esporte adaptado, 94% dos pesquisados consideram positiva a relação do esporte adaptado e qualidade de vida, 90% acreditam que o trabalho que os alunos do IP estão iniciando junto aos atletas do remo adaptado, que faz parte da parceria do APOIAR e o Instituto Vivo, possa ser estendido a outras modalidades. Através dos resultados obtidos nesta pesquisa, nota-se que a mídia é o maior meio de divulgação do esporte adaptado e que o meio acadêmico universitário, em particular o curso de graduação de psicologia, não parece ter promovido um acesso a informações sobre o assunto com a mesma intensidade, não havendo um espaço específico, para abordar a relação da psicologia do esporte com o

[52] Co – autoria :Débora Pukaro, Fernanda Tomie Icassati Suzuki, Ilana Joveleviths, Karen Cristina Fachini Furlan, Luiza Chagas Brandão, Marcelo Vieira Matias, Mariana Sica, Renato Costriuba de Moura, Silvia Beier Hasse, Suellen Maria Vieira Dantas, Vivian Confessoro,
Orientação: Leila Cury Tardivo

esporte adaptado para pessoas com deficiência.

Palavras-chave: psicologia do esporte adaptado, paradesporto, pessoa com deficiência e remo adaptável.

1. Introdução

Este trabalho foi desenvolvido dentro da Disciplina *Diferenças, Construção Social e Constituição Subjetiva*, do curso de graduação em Psicologia – IPUSP, tendo como tarefa de pesquisa entrar em contato com questões referentes à deficiência, assim como de questões referentes a diferenças, a construção social e a constituição subjetiva, articulando a problemática da deficiência no esporte, passando por considerações da Psicologia do Esporte, Esporte Adaptado e, por fim, o ponto de encontro desse trabalho, a Psicologia do Esporte Adaptado. A Psicologia do Esporte Adaptado articula as questões referentes à Psicologia do Esporte e ao Esporte Adaptado, em especial as questões relativas à integração e à inclusão social, caminhando para a constituição de uma disciplina científica independente tanto da Psicologia como da Educação Física (com teorias, métodos e programas de treinamento próprios) a fim de abarcar toda uma gama de especificidades próprias dos ditos “diferentes”.

2. Esporte adaptado

A história do paradesporto tem início na Inglaterra, na cidade de Aylesbury. Ludwig Guttmann criou o Centro Nacional de Lesionados Medulares do Hospital de Stoke Mandeville, destinado aos soldados feridos na II Guerra Mundial. Surgiram então, duas correntes: uma com enfoque médico-terapêutico e outra com enfoque esportivo. A primeira utilizava o esporte como auxílio na reabilitação de seus pacientes buscando também amenizar os problemas psicológicos decorrentes. A segunda faz uso do esporte como forma de inserção social, dando conotação à competição utilizada pelo desporto. No decorrer da história, essas duas correntes se cruzam, visando objetivos comuns: a reabilitação médica e social dos pacientes.

O conceito de atividades esportivas para pessoas com deficiência ganha caráter mundial com os Jogos de Stoke Mandeville em 1948. Em 1960, os Jogos Internacionais de Stoke Mandeville se realizam em Roma, logo após a XVI Olimpíada. Seria o início do que mais tarde se denominou paraolimpíadas.

Em 2000, por um acordo entre o Comitê Olímpico Internacional e o Comitê Paraolímpico Internacional, a realização da paraolimpíada tornou-se requisito obrigatório no caderno de encargos para os países que desejarem sediar os Jogos Olímpicos.

Atualmente, a competição reúne cinco grupos de pessoas com deficiência organizados segundo uma classificação funcional, de acordo com o esporte praticado: amputados, paralisados cerebrais, cegos, lesados medulares e *les autres* (denominação dada a um grupo heterogêneo, com tipos de deficiência que não se encaixam em nenhum dos grupos anteriores, como, por exemplo, os anões). As modalidades praticadas são: atletismo, basquete em cadeira de rodas, bocha, ciclismo, esgrima, futebol de cinco, futebol de sete, golball, halterofilismo, judô, natação, remo adaptável, tênis de mesa, tênis em cadeira de rodas, tiro com arco e flexa, tiro esportivo e vela.

2.1. Psicologia do esporte adaptado

Segundo Lemos-Assumpção (2007) a prática esportiva é uma possibilidade de integração e inclusão social, que pode colaborar com a reabilitação física, social e psicológica do indivíduo. A integração implica o envolvimento de diferentes áreas, através de projetos reais e favorecendo, portanto, a melhor aceitação social da população deficiente. (Assumpção 1991). Esse conceito de integração é entendido como um processo de normalização que encaixa os indivíduos deficientes a um padrão dito “normal”. (Sassaki, 1997, apud Carvalho e Oliveira, 2005),

Nesse sentido, a inclusão pode ser comparada com o oferecimento de oportunidades, igualdade social em todos os âmbitos, e enfim, com a integração mútua entre todas as pessoas sem distinção. (Maciel, 2001, apud Carvalho e Oliveira, 2005),

A inclusão social vem ganhando cada vez mais espaço na sociedade, mas é relativamente nova na realidade. Quando pensamos e agimos a favor da inclusão social, não depositamos a responsabilidade para que ela ocorra apenas no indivíduo, mas todo o

contexto social tem um papel preponderante para que esta aconteça de fato. Entretanto, na maioria das vezes observa-se a ocorrência do fenômeno de integração e não de inclusão social. Desta forma, para que ocorra inclusão são necessárias mudanças e adaptações de todo o contexto social. (Carvalho e Oliveira (2005),

Esse trabalho vem de acordo com Lemos-Assumpção (2007) no sentido de que a possibilidade de unir a prática esportiva ao processo de inserção e integração social se configura como um bom indício de que a sociedade está buscando superar as barreiras invisíveis que ela mesma colocou na história do seu desenvolvimento. O esporte adaptado é um dos caminhos que facilitam e fortalecem a personalidade da pessoa com deficiência e vem ganhando espaço, credibilidade e respeito, não somente por parte do próprio portador de deficiência como também da sociedade.

O esporte adaptado pode, assim, proporcionar muitos benefícios como a melhora geral da aptidão física, um enorme ganho de independência e autoconfiança para a realização das atividades diárias, e uma melhora do auto-conceito e da auto-estima. (Gorgatti , 2008). E para o portador de deficiência, a prática esportiva possibilita o conhecimento e a vivência do significado da superação de limites e a confirmação de que ele pode conquistar e viver esse prazer. (Lemos-Assumpção, 2007)

Trabalhar com a psicologia no esporte adaptado é um convite para ingressar no mundo das possibilidades e potencialidades de qualquer ser humano, com ou sem deficiência. (Lemos-Assumpção, 2007) A psicologia nesse aspecto auxilia as pessoas com deficiência e todos os que circulam nesse universo, para que facilitem o despertar do verbo SER. Ser uma realização dos sonhos mais coloridos. Ser a possibilidade de substituir o infelizmente pelo felizmente. Ser a mudança de fracasso para sucesso. Ser nos mais variados espectros de sua existência humana (Lemos-Assumpção, 2007).

A noção terapêutica do esporte adaptado ainda é enfatizada, porém pesquisas recentes indicam que diversos fatores motivacionais levam atletas com deficiência à sua prática, tais como o desejo de competir, de ser campeão, a busca de convívio social e de auto-superação. (Gorgatti et al.,2008), Quando são comparadas a tendências competitivas de atletas com e sem deficiência, verifica-se que, de um modo

geral, aqueles sem deficiência possuem uma orientação para a vitória significativamente mais acentuada do que aqueles do esporte adaptado. Estes resultados podem ser devidos à idéia de que os atletas com deficiência em geral buscam na prática do esporte adaptado uma ferramenta para a superação de seus limites e para sua inclusão social.

Com resultados cada vez mais surpreendentes, muitas vezes bem próximos aos do esporte convencional, os atletas no esporte adaptado também viram foco de pesquisas na área da psicologia do esporte. Desde os Jogos Paraolímpicos de 2000 em Sidney, a delegação paraolímpica tem sido acompanhada por um psicólogo específico para a atuação junto aos atletas. A preparação psicológica torna-se de extrema importância para o desenvolvimento do atleta, principalmente pelo fato de o esporte paraolímpico estar ganhando cada vez mais espaço em todo o mundo, inclusive no Brasil. O esporte adaptado para atletas com deficiência tem crescido de forma vertiginosa nos últimos anos e, da mesma forma, têm sido modificadas as perspectivas e possibilidades dos participantes. Este esporte tem o significado de competição do atleta contra si e contra sua deficiência. Há uma diferença na atitude em torno da competição entre atletas com e sem deficiência. Para o primeiro grupo, a competição associa-se à superação da deficiência e, para o segundo, associa-se com a motivação externa provocada pelo adversário ou pelas exigências das disputas. Os resultados apresentados pelo grupo de atletas com deficiência mostram que a tendência de estabelecimento de metas pessoais foi a mais evidenciada, ainda que todos os atletas pesquisados tenham um significativo tempo de experiência de prática esportiva e elevado nível de participação competitiva. As tendências de competir e vencer apresentaram, para a população pesquisada, pesos menores. Estes achados revelam que atletas com deficiência podem ser mais influenciados para permanecer na prática esportiva por fatores relacionados a objetivos intrínsecos, tais como a busca de auto-superação, reconhecimento e resultados pessoais cada vez melhores (Gorgatti et al., 2008).

Embora o esporte adaptado para atletas com deficiência tenha atingido elevado status competitivo nos anos recentes, ainda percebe-se que, para muitos praticantes, as motivações para a adesão e aderência às modalidades estão fortemente relacionadas a

fatores não diretamente à conquista da vitória. as motivações para atletas com deficiência física praticarem adaptado são principalmente focadas na busca em superar limites pessoais e dificuldades impostas pela deficiência (Gorgatti et al., idem).

Quando se afirma que o atleta com deficiência mostra maior tendência para o estabelecimento de metas pessoais, isto significa dizer que este se orienta para um determinado ponto futuro visando, acima de tudo, superar as limitações internas e, conseqüentemente, propiciar alternativas que levem a uma evolução pessoal (Gorgatti et al., idem).

A avaliação psicológica é uma ferramenta usada na psicologia do esporte e tem a finalidade de obter informações básicas sobre o perfil psicológico de cada atleta e sobre sua situação sociocultural, auxiliando e orientando melhor os trabalhos dos técnicos. (Samulski, & Noce, 2000)

Com o tempo, é possível comparar dados e analisar o desenvolvimento psicossocial e desenvolvimento da performance de atletas. A compreensão das variáveis de comportamento dos atletas, bem como a verificação de suas orientações esportivas, pode ser um ponto fundamental para que treinadores motivem atletas rumo a resultados vitoriosos. Assim, as ações esportivas suportam a motivação em parâmetros interativos com as tendências, isto é, atletas que apresentam um comportamento elevado para as tendências competitivas apresentam também uma sensação de satisfação diferenciada na concretização de seu trabalho (Gorgatti et al., idem).

Weinberg e Gould (2008, apud Gorgatti) afirmam que a competição esportiva é desenvolvida como um processo social que é experimentado pelos indivíduos, em um contexto simples e coletivo, no qual estes confrontam capacidades e habilidades para atingir um objetivo principal. A superação das limitações e o alcance da vitória proporcionado por ela podem ser relacionados com tendência em estabelecer metas, cujo aspecto central é melhorar o próprio desempenho, independentemente do ganhar ou perder durante a circunstância competitiva (Gorgatti et al., 2008)..

Gill e Deeter (2008, apud Gorgatti) aprofundam a análise das tendências competitivas passando a definir o comportamento voltado ao estabelecimento de metas como o desejo de alcançar objetivos internos de auto- superação, independente da cobrança social e da

responsabilidade que o processo competitivo inflige os competidores mais audazes (Gorgatti et al., 2008).

Continuando a tratar esses temas a partir desses autores (Gorgatti et al., 2008) , dizem eles que ,em geral se observa que a tendência competitiva dos atletas no esporte adaptado seja mais focada para o estabelecimento de metas do que para a vitória em si, e este fato não tem sido fator impeditivo de desempenhos e conquistas cada vez mais elevados. Entretanto, estes dados podem contribuir para despertar a atenção de técnicos e dirigentes esportivos para o fato de que, para estes atletas, a principal vitória a ser buscada talvez seja a retomada do controle de suas vidas, da estima pelos seus corpos e da confiança de que podem levar uma vida autônoma, crenças estas normalmente abaladas pela deficiência .

Dessa forma, o esporte está caminhando a passos largos ao encontro da inclusão, da diminuição das diferenças, deixando atletas deficientes em uma situação digna que todos merecem. O esporte proporcionará outros benefícios para o atleta deficiente físico, pois possibilita a integração social, independência nas atividades propostas, competitividade, grupos de atividades, atividades individuais, concentração, coordenação e regras. As competições são muito bem vindas para os deficientes, organizadas para que os atletas disputem entre si de igual pra igual, em se tratando de suas limitações físicas, pois no momento da prática esportiva ou da competição têm-se atletas com as mesmas deficiências disputando um jogo, fazendo com que o momento da competição seja vivido por pessoas iguais beneficiando socialmente os deficientes. E neste momento entra o sentido do preparo psicológico desses atletas porque, tendo o atleta melhor equilíbrio emocional, pode ter vantagens competitivas em relação ao seu adversário. Por isso o acompanhamento de um psicólogo do esporte pode beneficiar ou melhorar seu desempenho, com o controle ou diminuição de estresse e ansiedade, etc. (Andrade e Brandt (2008).

Esses mesmos autores (Andrade e Brandt idem) colocam que como a psicologia esportiva é uma ciência aplicada aos estudos dos processos psicológicos e a conduta do atleta durante a prática da atividade física, e busca conhecer e aperfeiçoar as condições internas do atleta, com o intuito de aumentar a capacidade física, técnica e táticos adquiridos no processo de preparação; os psicólogos do esporte devem ajudar atletas fisicamente incapacitados a alcançar um desempenho máximo, satisfação pessoal e desenvolvimento

por meio da participação. Devem se preocupar com a totalidade do ser humano, que pode ser o diferencial imprescindível para a formação do campeão. Essa visão holística no esporte deve se recusar a trabalhar somente o biomecânico, e sim valores culturais e sua personalidade inteira. Conseguir o desenvolvimento e o bem estar com os atletas seria o sucesso total da psicologia esportiva. Esse aspecto norteia e fundamenta o presente trabalho

Assim , a psicologia esportiva para portadores de deficiência física deve considerar todo o conjunto da obra: corpo, mente, movimento e esporte. Além de troféus e medalhas acima de tudo deve se trabalhar com sentimentos, emoções e com a deficiência. Na medida em que o houve a evolução do esporte, diminuiu-se a importância do atleta como pessoa e valendo apenas o resultado que ele pode alcançar e seguindo o mesmo ritmo até mesmo para conseguir manter-se atrativo para a mídia o esporte para atletas portadores de deficiência segue o mesmo caminho errôneo. No entanto, o problema é mais grave ao tratar das competições para atletas deficientes físicos, como estimular somente o físico e o tático sem o psicológico buscando somente resultados. Se para atletas normais na busca do rendimento o ideal é trabalhar o atleta como um todo, para portadores de deficiência física esquecer ou simplesmente ignorar o psicológico é algo fora de cogitação, mutilando o sentido da subjetividade humana.

3. Objetivo

Esta pesquisa buscou avaliar os conhecimentos que os alunos de psicologia tinham previamente sobre o assunto e que relações estabelecem entre o esporte adaptado e as contribuições da psicologia para esta modalidade, bem como evidenciar qual entendimento dos alunos sobre o profissional psicólogo atuando junto ao atleta do esporte adaptado e aos outros profissionais que exercem atividades nesta área do esporte.

A proposta desta pesquisa, contudo, foi também promover uma primeira aproximação de questionamento sobre o tema, que seria abordado em sala, com a presença de profissionais que atuam na área do esporte adaptado e inserir a proposta do projeto denominado “Eu vivo remando” que o Instituto de Psicologia da USP esta iniciando, neste ano, com atletas do remo adaptável.

4. Método

4.1 Participantes : Participaram desta pesquisa 48 alunos do terceiro ano de graduação do curso de psicologia da Universidade de São Paulo, que aceitararm participar livremente,.

4.2 Procedimento: A aplicação foi realizada antes que o tema fosse apresentado e discutido em sala, na Disciplina de Diferenças, Construção Social e Constituição Subjetiva. A pesquisa (anexo I) consistiu de questões fechadas e abertas, de forma a permitir que os pesquisados pudessem de certa forma, expressar suas opiniões e expectativas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II) e tiveram seus dados tratados de forma sigilosa.

5. Resultados da pesquisa

Dentre os alunos pesquisados 65% sabiam o que era esporte adaptado, dos quais a maioria (75%) obtivera informação através da mídia, tendo sido também apresentadas respostas com relação a outras fontes de informação, como aulas (23%) e conversas (2%).

Quanto aos benefícios do esporte adaptado, especificamente quanto a melhoria da qualidade de vida, 94% dos pesquisados consideram positiva a relação do esporte adaptado e qualidade de vida, tendo sido referido vários exemplos de como esta melhora se concretiza, que estão apresentados na Tabela 1

Melhorias da Qualidade de Vida	**Porcentagem de respostas**
▪ Auto-estima, auto-confiança, independência Saúde física	12
▪ Saúde física e psíquica	12
▪ Inclusão social, saúde física e benefícios psicológicos	8
▪ Motivação	8
▪ Auto-estima e inclusão social	4
▪ O mesmo tipo de melhoraria que a pessoa sem deficiência teria	4
▪ Inclusão social e saúde física	4
▪ Inclusão social	4
▪ Dar sentido à vida	4
▪ Auto-realização	2
▪ Auto-estima, saúde física e mental	2
▪ Disciplina	2
▪ Auto-estima, inclusão social e qualidade de vida	2

;

- Superação 2

TABELA 1

Quanto ao paradesporto, dos alunos entrevistados 67% não conhecem nenhum atleta do paradesporto.

Especificamente sobre a relação psicologia do esporte e o paradesporto, a Tabela 2 apresenta as respostas, dadas pelos pesquisados, sobre a contribuição da psicologia do esporte para os atletas paraolímpicos.

Tabela 2

Formas de contribuição da psicologia	**Porcentagem de respostas**
▪ Suporte emocional	40
▪ Maximizar chances, encorajamento	16
▪ Motivação	10
▪ Auto-estima	8
▪ Equilíbrio psíquico	6
▪ Igual aos dos esportistas sem deficiência	4
▪ Inclusão	2
▪ Não Ajuda	6
▪ Não sabe	6

Tabela 2

Apesar da divulgação do projeto do Laboratório APOIAR do IP-USP, inclusive em sala de aula, 48% dos pesquisados não conheciam o projeto “Eu vivo remando”, porém 90% acreditam que o trabalho que os alunos do IP estão iniciando junto aos atletas do remo adaptado possa ser estendido a outras modalidades. As modalidades sugeridas foram: todas (40%), basquete (40%), futebol (15%), atletismo (12%), natação (6%), vôlei (4%), dança (4%), hóquei (4%), jogos de mesa (4%), dodgeball (4%).

6. Discussão

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, nota-se que a mídia é o maior meio de divulgação do esporte adaptado e que o meio acadêmico universitário, em particular o curso de graduação de psicologia da USP, não parece ter promovido um acesso a informações sobre o assunto com a mesma intensidade. Deve-se destacar que no currículo do IP-USP não há qualquer disciplina, obrigatória ou eletiva, que trate especificamente do tema, tendo sido trazido em particular pela disciplina de Diferenças, Construção Social e

Constituição Subjetiva, no item reservado ao tema de deficiência e exclusão. Apesar da existência de uma disciplina optativa que busca aprofundar a relação entre a psicologia e a questão da deficiência (Psicologia e Deficiência) não há um espaço específico, para abordar a relação da psicologia do esporte com o esporte adaptado para portadores de necessidades especiais. Seria interessante pensar não necessariamente em uma disciplina para abordar o tema, já que a psicologia do esporte adaptado é algo recente e que vem se desenvolvendo aos poucos, mas em alguns momentos acadêmicos como seminários e palestras para difundir esse conhecimento, despertar o interesse dos alunos e conseqüentemente, à longo prazo, ampliar a área de atuação e desenvolvimento de novos projetos.

Contudo, do conhecimento que dispõem, os alunos demonstraram acreditar na efetividade da prática do esporte adaptado, quanto à possibilidade de melhoria da qualidade de vida e expuseram opiniões positivas sobre a uma ampliação do projeto de participação da psicologia neste sentido, inclusive para outras modalidades esportivas. Das modalidades citadas pelos sujeitos da pesquisa apenas dança, hóquei e dodgeball não são modalidades já praticadas nas paraolimpíadas.

No âmbito das melhorias de vida decorrentes da prática do esporte adaptado citadas pelos participantes na pesquisa é importante ressaltar que a auto-realização, apontada por apenas 2% dos participantes, é apontada em pesquisas recentes como uma das principais motivações para que deficientes físicos busquem o esporte: a possibilidade de auto-realização por meio da superação de limites pessoais e dificuldades impostas pela deficiência, como encontramos em estudos citados na Introdução (Gorgatti et al.,2008) .

É interessante notar que ao elencar as formas de contribuição da psicologia do esporte para atletas paraolímpicos um conceito que é comumente associado à relação com a deficiência aparece muito pouco: a inclusão (2%). O discurso da inclusão social é recorrente quando se fala em deficiência, mas parece que no caso do esporte adaptado isso não está tão vinculado, surgindo com uma porcentagem ainda menor do que aqueles que acham que a contribuição da psicologia do esporte para os paraolímpicos é a mesma que para os esportistas sem deficiência.

Apesar de não aparecer na pesquisa com uma incidência significativa, profissionais da área de educação física, medicina esportiva, fisioterapia e psicologia se referem à

participação do deficiente físico no esporte como uma importante forma de integração e inclusão social. As três formas de contribuição que mais foram citadas: suporte emocional (40%), maximização das chances/encorajamento (16%) e motivação (10%) são muito próximas do trabalho da psicologia do esporte em um âmbito mais geral. O psicólogo do esporte no trabalho com atletas deficientes deve ajudá-los a alcançar seu desempenho máximo (o que está relacionado aos fatores apontados na pesquisa como motivação e encorajamento), porém, além disso, devem ajudar a obterem satisfação pessoal e se desenvolverem por meio da participação no esporte. O conjunto corpo, mente, movimento e esporte deve ser sempre considerado. Sendo assim, parece que ainda não é muito evidente quais são as especificações da psicologia para o esporte adaptado. Talvez estas colocações sejam decorrência da ausência de conhecimentos dos princípios da psicologia do esporte, no âmbito geral, que desta forma levam às dificuldades de entendimento de uma atuação do psicólogo na modalidade do esporte adaptado.

Referências

Andrade, A. e Brandt, R. A psicologia do esporte aplicada a atletas portadores de necessidades especiais: reflexões epistemológicas, filosóficas e práticas. *Revista Digital.* Buenos Aires. Ano 13. N° 121. Junho de 2008. http://www.efdeportes.com/

ASSUMPÇÃO, F. B. E SPROVIERI, M. H. *Introdução ao estudo da deficencia mental*. São Paulo: Memnon, 1999.

CARVALHO, L. E OLIVEIRA, A. S.. Deficiência visual: mais sensível que um olhar. *Colloquium Humanarum. 3* (2):27-38. Dez. 2005.

LEMOS-ASSUMPÇÃO, E. Psicologia do esporte adaptado: um novo desafio da psicologia. *Adapted sport psychology.* ID: 349896 Base de Dados LILACS. http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online

LEMOS-ASSUMPÇÃO, E. **A sinergia entre a psicologia no esporte adaptado e os quatro pilares da educação** in GUGEL, M.A. (org.) Deficiência no Brasil: uma

abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência/ Organização de Maria Aparecida Gugel, Waldir Macieira da Costa Filho, Lauro Luiz Gomes Ribeiro _._ Florianópolis: Obra Jurídica, 2007. ISBN 978-85-86145-46-9

GORGATTI ET AL., Tendência competitiva no esporte adaptado. *Arq Sanny Pesq Saúde 1(*1):18-25, 2008. http://74.125.47.132/search?q=cache:HlzWdbV4MdMJ:www.cepsanny.com.br/pdf/v1n1a3.pdf+psicologia+do+esporte+adaptado&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a

SAMULSKI, D. & NOCE, F. **Avaliação Psicológica do esporte.** In: MELLO, M. T. Paraolimpíada Sydney 2000: avaliação e prescrição do treinamento dos atletas brasileiros. São Paulo, Atheneu, 2002, cap. 2, p. 99-133.

Nome: Clélia Marta Casellato de Souza
Tel.: (11)97597007
Email: clemarta@ig.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Graduação - Psicologia
Semestre: Sexto
Faculdade: IP- USP

POSTER 12

OFICINAS EDUCATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE ADOLESCENTES

Juliana Canedo Maciel[53]
Tassiane C. Santos de Paula[54]

RESUMO

O objetivo desse artigo é relatar a experiência com grupo de adolescentes através de oficinas educativas. Foram realizados 11 encontros com adolescentes de 15 a 17 anos, em situação de vulnerabilidade e risco social, inseridos em um Projeto de Atendimento Psicossocial do Município de Caçapava/SP. Tais oficinas tinham o objetivo de fornecer informações, promover discussão e reflexão sobre alguns aspectos presentes na adolescência, como: álcool e drogas, relações familiares, e direitos e deveres da criança e do adolescente. Constatou-se que eles detêm informações equivocadas acerca das drogas e suas conseqüências, transmitidas pela sociedade e reproduzida por eles. Os adolescentes apontam uma ausência no exercício dos papéis familiares e como resultado verifica-se a fragilidade dos vínculos afetivos. Evidenciou-se à postura critica dos adolescentes ao analisar o direito a vida e a saúde através do conhecimento do ECA, obtido nas oficinas. As oficinas educativas promoveram um espaço reservado para a problematização de questões referentes à adolescência trazida pelos jovens. Além disso, proporcionou o complemento das atividades no atendimento ao adolescente, favorecendo experiências positivas vivenciadas em grupo: sentimento de pertencimento e presença de modelos sociais, os quais são essenciais durante a adolescência.

Palavras-chave: adolescência, oficinas educativas.

[53] Assistente Social do Projeto de Atendimento Psicossocial “PAS”

[54] Psicóloga do Projeto de Atendimento Psicossocial “PAS”

;

INTRODUÇÃO

Os adolescentes vêm sofrendo o impacto das diferenças sociais manifestadas na violência, desemprego, fome, trabalho infantil, prostituição e uso de drogas. Tais problemas são decorrentes da situação sócio-econômica, nível de escolaridade dos pais, problemas de saúde no próprio indivíduo ou na família, vivência de algum tipo de violência e perdas importantes (CARDOSO & COCCO, 2003).

Estudos ressaltam que distúrbios, transtornos e problemas de comportamento do adolescente são influenciados pela família, que, por sua vez, sofre influência, em seu próprio desenvolvimento, de problemas decorrentes da situação socioeconômica, problemas de saúde, nichos sociais, causas genéticas e culturais, bem como da política do país. Sendo assim, inúmeros fatores podem impedir que uma criança desenvolva seu potencial máximo de capacidades ou mesmo atrasar a aquisição de habilidades (SPERB, 2009; ASSIS, 2003).

Tal realidade contradiz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em relação à promoção de saúde, que garante ao jovem: educação, políticas sociais, alimentação e bases para o exercício da cidadania (CARDOSO & COCCO, 2003).

Essas adversidades atravessam a vida dos adolescentes e favorecem o aumento da vulnerabilidade afetando o seu desenvolvimento (ASSIS, 2003). Assim, nos deparamos com os adolescentes vulneráveis e sem perspectivas de presente e futuro, em nossas instituições. A partir daí, constatamos a importância de um trabalho terapêutico e educativo capaz de favorecer e ampliar as possibilidades e oportunidades de qualidade de vida dos adolescentes em questão (SERRÃO & BALEEIRO, 1999).

Para tanto se torna viável a intervenção grupal, considerando os seguintes pressupostos: a) o adolescente necessita da família, profissional da saúde e educação para construir seu novo mundo; b) experiências positivas vivenciadas em grupo desencadeiam sentimentos de auto-eficácia, autonomia e auto-estima, e favorecem a capacidade para lidar com mudanças e adaptações, além de um repertório amplo de abordagens para solução de problemas; c) o sentimento de pertencimento a um grupo de amigos, bom vínculos, estrutura

familiar, e modelos sociais são essenciais durante a adolescência (CARDOSO & COCCO, 2003; SERRÃO & BALEEIRO, 1999).

O espaço de discussão e construção de conhecimento compartilhado entre os adolescentes e profissionais propicia um lugar onde os adolescentes podem falar de assuntos dificilmente tratados em outros espaços (JEOLÁS & FERRARI, 2003).

O intuito de promover os grupos educativos é exatamente falar de igualdade de oportunidades para os adolescentes; promover a consciência de que é possível transformar e conviver com as diferenças; que o bem estar individual passa pelo bem estar coletivo; e que as experiências difíceis também nos ajudam a crescer, a entender melhor o mundo, as pessoas e a nós mesmos, e além de tudo nos ensinam a viver com mais intensidade e a valorizar mais os momentos de alegria (SERRÃO & BALEEIRO, 1999).

Oficinas educativas têm a proposta de aprendizagem compartilhada, por meio da atividade grupal, onde os coordenadores apenas facilitam o debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios participantes, e a partir das discussões os adolescentes podem ampliar seus recursos de autoproteção (JEOLÁS & FERRARI, 2003).

Tais dados reiteram a necessidade de ações voltadas para o adolescente como o trabalho que será relatado neste artigo.

METODOLOGIA

As oficinas foram desenvolvidas em um grupo de 11 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 15 e 17 anos, inseridos em um Projeto de Atendimento Psicossocial. Essas oficinas foram coordenadas por uma psicóloga e uma assistente social. Os encontros ocorreram semanalmente, com duração aproximada de duas horas. Em cada oficina trabalhou-se com uma temática específica relacionada à adolescência: álcool e drogas, relações familiares e direitos e deveres. E a cada encontro foram reservados os minutos finais para acolhimento das temáticas emergentes que surgiam durante as discussões.

No primeiro encontro, além da apresentação da proposta de trabalho, procurou-se conhecer os participantes do grupo, bem como definir as regras de convivência necessárias

para o funcionamento do grupo. No primeiro momento foi realizada uma dinâmica de aquecimento para apresentação dos integrantes do grupo, onde cada um falava seu nome e uma qualidade. Em seguida discutiu-se o conceito, a função e expectativas de um grupo, e posteriormente disponibilizou-se uma "caixa de sugestões", que foi utilizada em todos os encontros, como forma de comunicação do grupo para com os facilitadores, a fim de proporcionar um espaço para críticas, dúvidas e sugestões de temas para as próximas oficinas.

A escolha pelos temas desenvolvidos durante as oficinas educativas foram feitas pelos próprios adolescentes, através da caixa de sugestões, tais como: *álcool e drogas, família, o que os adolescentes podem e não podem fazer, sexo, etc.*

Na segunda oficina foi abordada a temática 'Adolescência', visto a necessidade de contextualizá-los e acolhe-los nesta fase relativamente vulnerável, explorando idéias, pensamentos, paixões, sentimentos e expectativas de futuro dos adolescentes. Foi realizada a divisão dos adolescentes em dois subgrupos, e solicitada à confecção de um boneco que abordava os seguintes aspectos: a) três idéias que passam na cabeça dos adolescentes; b) algo que precisava ser dito; c) algo que precisavam receber das pessoas; d) o que eles têm a oferecer; e) três paixões; f) o que eles queriam alcançar; g) como alcançar o que eles querem. Em seguida, realizou-se uma breve discussão dos aspectos trazidos pelos adolescentes através da confecção dos bonecos.

Na terceira oficina, a proposta foi iniciar uma série de discussões acerca da temática *'Álcool e Drogas'*. Neste primeiro encontro sobre álcool e drogas, o grupo foi subdividido e entregue fichas contendo: tipos de drogas, nomes populares, efeitos e conseqüências. A partir daí, foi solicitada a confecção de um cartaz onde eles identificavam as drogas e seu nome popular, e relacionavam com os possíveis efeitos e conseqüências. Esta atividade visava identificar quais as informações que os adolescentes já tinham acerca das drogas, e caso necessário discutir e desmistificar com informações corretas. Como encerramento foi solicitado à construção de uma historia com o intuito de fixar as informações recebidas neste encontro.

O quarto e quinto encontros tiveram como objetivo continuar discutindo a respeito de álcool e drogas. No quarto encontro, foi subdividido o grupo, e promovida uma reflexão sobre uso e abuso de álcool e drogas entre os artistas famosos, a partir de reportagens de

revistas e jornais. Posteriormente foi entregue frases para reflexão de cada grupo, e para conclusão um debate sobre as opiniões dos adolescentes de cada subgrupo. Já no quinto encontro discutiram-se os fatores de risco e proteção relacionados ao consumo de álcool e drogas por adolescentes. Iniciou-se com uma dinâmica, onde circulava um 'saquinho de surpresa' entre o grupo até que um dos facilitadores emitisse um sinal. O adolescente que estivesse com o saquinho na mão retirava um tema e em seguida fazia uma mímica correspondente para que o restante do grupo adivinhasse.

No sexto encontro a proposta foi iniciar uma série de discussões acerca da temática sobre *'Relações Familiares'*. Neste encontro discutiu-se sobre família e perspectiva de futuro. Solicitou-se que os adolescentes completassem frases a respeito do tema família e casamento, e posteriormente uma representação da sua família a partir de um desenho. No sétimo encontro a atividade foi individual, onde cada adolescente tinha que explorar seus pensamentos acerca de: a família que tenho X a família que gostaria de ter, e construir um desenho que representasse cada uma dessas duas idéias. Para fechamento deste encontro propomos uma plenária para apresentação das atividades de cada adolescente.

No oitavo encontro explorando ainda a temática 'Relações Familiares', discutiu-se os direitos e deveres no âmbito familiar. A atividade proposta teve como objetivo perceber e identificar os direitos e deveres de cada membro da família e discutir as condições facilitadoras dessas relações familiares com o grupo.

A partir da nona oficina, foram programados encontros sobre os direitos e deveres da criança e adolescente, baseados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Neste encontro apresentou-se o ECA, com o intuito de informar e orientar os adolescentes. A partir da leitura do primeiro capitulo do ECA - do direito a vida e a saúde, levantou-se questões vivenciadas pelos adolescentes e sua família. No décimo encontro foi transmitido de maneira ilustrativa e exemplificada os direitos da criança e do adolescente, através da leitura do gibi da Mônica " ECA em quadrinhos". Como fechamento foi realizado um breve resumo sobre o que foi discutido e apreendido neste encontro. No décimo primeiro encontro os adolescentes foram subdivididos em três subgrupos e foi entregue três situações-problemas, com relatos onde os direitos dos adolescentes são violados, e foi proposta para os subgrupos a busca de possíveis soluções para cada situação exposta, e posteriormente apresentadas para o grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento das oficinas visou favorecer discussões e reflexões referentes aos problemas que permeiam a adolescência, tais como: álcool e drogas, relações familiares e direitos e deveres da criança e adolescente.

No processo de desenvolvimento das oficinas percebeu-se uma interação mútua e afetiva entre facilitadores e o grupo de adolescentes, favorecendo o desenvolvimento das ações. As atividades foram realizadas de forma dinâmica, a partir de reflexões, verbalizações de experiências vividas e dramatizações, sempre priorizando a troca de experiências entre os adolescentes.

Durante o momento de integração do grupo, no primeiro encontro, discutiram-se as regras de convivência necessárias para o funcionamento do grupo. A partir da construção coletiva de um painel, cada adolescente fez sua contribuição sugerindo as seguintes regras: *respeito, educação, amizade, união, bom comportamento, respeitar a vez do próximo na fala, falar diretamente para pessoas, sigilo, freqüência e pontualidade.* Diante da discussão e elaboração do painel percebeu-se que os adolescentes se empolgaram ao construírem as regras para o grupo, e por vezes repetiam a mesma regra ressaltando a importância e necessidade destas para o grupo, porém evidenciou-se a ausência destas no seu dia a dia, apontando certa incoerência. Tal incoerência pode estar relacionada à inabilidade dos pais em lidar com os filhos, devido a pertencer a uma população que por sua vez já apresentam uma série de problemas de comportamento, pobreza, doenças crônicas e psiquiátricas que influenciam diretamente em seus filhos (SPERB, 2009).

Quanto à temática ‘Adolescência’, ao explorar idéias, pensamentos, paixões, sentimentos e expectativas de futuro dos adolescentes, identificou-se como dado significativo questões relacionadas a algo que ele julga precisar receber das pessoas, como por exemplo, *carinho, amor de seus pais, atenção, amigos de verdade, sinceridade*. Tais dados apontam para ausência e/ou fragilidade das relações afetivas, que também podem estar relacionados à situação de vulnerabilidade e risco social que se encontram a família dos adolescentes, refletindo negativamente no desenvolvimento destes.

Já quanto às expectativas de futuro evidenciaram aspectos como: *trabalho, estudo, ser alguém na vida*, *profissão*. Nesse sentido, percebeu-se certa ansiedade para mudanças com intuito de um futuro melhor. O que confirma estudos de Cardoso e Cocco (2003), que apontam que os adolescentes pertencentes a famílias com dificuldades financeiras, almejam melhorar seu padrão de vida a partir dos estudos e trabalho, possibilitando um futuro melhor do que vivenciado em casa.

A segunda temática transmitida e discutida foi sobre 'Álcool e Drogas', vale ressaltar que tal tema foi sugestão dos próprios adolescentes. Um dos aspectos emergentes em grupo são as informações equivocadas acerca das drogas e suas conseqüências. Este desconhecimento sobre as informações científicas sobre dependência de drogas: causas, conseqüências e efeitos, se devem a influência dos mitos veiculados na mídia e apropriados pela sociedade como verdades (SOLDERA et al. 2004, IMESC 2003). Outro aspecto trazido pelo grupo foi em relação à surpresa quanto ao uso de drogas entre os famosos, pois atribuem o uso de drogas à pobreza e à ausência afetiva nas relações familiares, julgando que entre os famosos não haja motivo para o uso, pois os mesmos detêm demasiadamente atenção afetiva e boa situação financeira. Entretanto, ignoram que o uso das drogas está repleto de fatores genéticos, sociais, ambientais e culturais que levam ao uso esporádico até a dependência.

Quanto à temática 'Relações Familiares', identificou-se que os adolescentes apontam uma ausência no exercício dos papéis familiares e como resultado a fragilidade dos vínculos afetivos, que implicam em *conflitos familiares, falta de diálogo e agressões verbais e físicas*. Além disso, ressaltam a falta de responsabilidade dos pais perante os direitos que competem a eles, tais como: cuidados na educação e saúde dos filhos. *Estes dados c*orroboram os estudos de Sperb (2009), ao apontar que uma das questões sociais mais relevantes de nossa época é a nova ordem das famílias, como: casamentos desfeitos, lares monoparentais, exaustiva jornada de trabalho, e que paralelo a esse panorama observam-se os prejuízos para educação e desenvolvimento dos filhos, visto que muitos se encontram "abandonados" mesmo pertencendo a uma família.

Entretanto, mesmo diante desta problemática das relações familiares, os adolescentes manifestam expectativas positivas quanto à construção de sua própria família, casamento, filhos e felicidade.

A ultima temática explorada no grupo foi sobre ‘Direitos e Deveres da Criança e do Adolescente’, evidenciando-se na atividade proposta certa postura crítica dos adolescentes ao analisar o direito à vida e à saúde baseado no primeiro capítulo do ECA, identificando a falha no sistema público de saúde, como por exemplo, a demora no agendamento e atendimento médico, e emitem, ainda, a opinião de que os seus direitos são sempre violados.

Durante o desenvolvimento das oficinas, percebeu-se uma mudança nos conhecimentos e comportamentos manifestados pelos adolescentes ao longo dos encontros, talvez pelo sentido que o grupo proporcionou aos adolescentes, visto que as oficinas educativas têm a proposta de aprendizagem compartilhada, por meio da atividade grupal, onde os coordenadores apenas facilitam o debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios adolescentes, e a partir das discussões os adolescentes podem ampliar seus recursos de autoproteção (Jeolas & Ferrari, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento das oficinas educativas, com adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social do Projeto de Atendimento Psicossocial promoveu-se a elaboração de um espaço reservado para a problematização de questões referentes à adolescência trazida pelos jovens, além de proporcionar o complemento das atividades no atendimento ao adolescente que, por sua vez, já apresentava uma série de problemas de comportamento, devido à escassez de recursos disponíveis na família.

Logo, o efeito do trabalho educativo realizado com os adolescentes que freqüentaram as oficinas é de difícil mensuração, mas deve-se destacar que o objetivo desse trabalho é de ir além da atenção individual, e favorecer também experiências positivas vivenciadas em grupo, visto que o sentimento de pertencimento a um grupo e a presença de modelos sociais são essenciais para um desenvolvimento saudável durante a adolescência.

A fala de um dos adolescentes é exemplar sobre a potencialidade das oficinas como espaço de compartilhamento de saberes: *“Não tinha saída, mas encontrei a solução, com o grupo aprendi a ter uma nova visão” (M.V.C. 17 anos).*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ASSIS, S. G. Encarando os desafios da vida: uma conversa com adolescentes. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CLAVES/CNPq, 2005. 38p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual do Multiplicador*: adolescente. Brasília: 2003. 121p.

CARDOSO, C.P., COCCO, M.I.M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Rev Latino-am Enfermagem*. v.11, n.6, p.778-85, nov/dez. 2003.

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Presidência da República. 4ª ed. 2008. 192p.

IMESC – Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. São Paulo, 2003. INFOdrogas. Disponível em : < http://www.imesc.sp.gov.br/infodrog.htm >. Acesso em: jul. 2005.

JEOLÁS, L. S. & FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8, n.2, p.611-620. 2003.

SERRÃO, M. & BALEEIRO, M. C. Fundação Odebrecht. Serviço Social do Mosteiro de São Bento da Bahia. Aprendendo a Ser e a Conviver. 1999. 384p.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORREA FILHO, H. R. *et al.* Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev. Saúde Pública*. v. 38, n.2. p.277-283, 2004.

;

SPERB, E. M. G. O grupo de pré-adolescentes. In: ZAVASCHI, M. L. S. (Org.) *Crianças e Adolescentes Vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial*. Porto Alegre: Artmed, p. 139-146. 2009.

Nome: Tassiane Cristine Santos de Paula
Tel.: (12) 3652-5181
Email: tassipsi@yahoo.com.br
Cidade: Caçapava/SP
Estado: AC
Semestre: Primeiro

Onde Trabalha ou atua: Esquadrão Vida para Adolescentes
Endereço para correspondência:
Esquadrão Vida para Adolescentes - Projeto de Atendimento Psicossocial “PAS”
Avenida Cidade São Paulo, 378 - Vila Resende, Caçapava/SP - CEP: 12282-010.
tel. (12) 3655-3151 e-mail: ev.pas@ig.com.br

POSTER 13

O ADOLESCENTE COM CONDUTA ANTISOCIAL E SUA FAMÍLIA: ESTUDO COMPREENSIVO E CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Lúcia de Mello Senra do Valle

Leila Cury Tardivo

Resumo

O objetivo desse trabalho foi averiguar se a ausência de uma mãe suficientemente boa gerou em Mauro um desejo de preencher as lacunas do abandono com sonhos e fantasias que significavam a complementação da continência materna. Na avaliação psicológica o desenho e a estória de um fantasma invulnerável denunciavam que após um percurso em dois orfanatos, Mauro enfrenta as agruras da vida de rua, tornando-se usuário de drogas e praticando pequenos furtos. A análise do material projetivo revela que .o fantasma expressa a necessidade de possuir um ego inatacável, como o objeto idealizado e protetor, assimilando o seu poder, o que revela a presença de uma defesa maníaca. Desta forma o ego do paciente se funde e se confunde com esse objeto parcial, onipotente e se infla pela fantasia de ter devorado o objeto idealizado (furtos). As características sofredoras, desprotegidas, dependentes do próprio ego, são depositadas nesses objetos externos. Os resultados apontam para um adolescente à procura de internalizar um seio bom até então aniquilado pelo ódio e abandono materno. O início de um atendimento psicológico semanal ao paciente e aos seus pais em Consultas Terapêuticas, permitiu visualizar um futuro de aproximação, aconchego e retorno dos vínculos familiares.

INTRODUÇÃO

Deliquência é transgressão às leis normativas de um determinado lugar, por pessoa abaixo de determinada idade definitiva (16, 18 ou 21 anos, conforme a legislação local). O mesmo ato praticado depois desta idade, chama-se crime.

A transgressão será considerada delinqüência, e os infratores e reincidentes serão tachados de delinqüentes. É difícil precisar em que idade se dá o início deste conhecimento: entretanto existe na criança o mesmo conhecimento da infração que no adolescente, portanto a mesma possibilidade de ser julgada.

Desde o século XIX, vem-se tentando explicar psicologicamente a delinqüência. De acordo com a escola francesa (Morel), a delinqüência cria um defeito moral, uma perda de consciência ou seja, um mal desenvolvimento ético ao lado do desenvolvimento normal de todas as faculdades.

Só no século xx começou-se a considerar o ato delinquencial como conseqüente da

própria estrutura da personalidade do indivíduo e, portanto, levados em conta todos os aspectos individuais, ambientais e as circunstâncias particulares do ato, numa tentativa de explicação mais completa e objetiva do problema.

Dentro do aspecto sócio econômico, o ato delinquencial passa a ser justificado pela má situação econômica da família, levando a mãe ao trabalho ou outra causa fora do lar, ou pelo divórcio, privando a criança da vida familiar. Se analisarmos o delinqüente evolutivamente veremos que, em geral é a atitude do adulto (na família, na escola, no trabalho), que levará a criança à delinqüência, pois encontra-se a rejeição do adulto, em relação à criança, intimamente ligada a atos delinquenciais. Já nas famílias economicamente bem situadas, o hábito de dar à criança tudo aquilo o que quer, dentro de uma educação excessivamente liberal ou, ao contrário, as conseqüências de hábitos educacionais excessivamente rígidos, criando situações que a criança sente como rechaço, também foram considerados, não permitindo uma boa adaptação da criança, no lar, na escola e na sociedade. A sensação de rejeição e de abandono para o ser humano é fonte de intenso sofrimento e de ansiedade. Quanto mais precoce se instala a ansiedade, mais graves serão os distúrbios de personalidade que o adolescente irá apresentar na vida, desde neuroses, como processo patológico típico da ansiedade, até, no caso de ansiedade instalada muito precocemente, levando à falta total de defesas do ego, à eclosão das psicoses na juventude e mesmo na vida adulta.

Bowlby (1988), explica que há um reconhecimento da relação existente entre a tendência anti-social em indivíduos e a privação emocional, tipicamente no final da fase de bebê de colo e logo que a criança começa a andar, entre um e dois anos de idade.

Segundo Winnicott (1956), para a Psicanálise, a tendência anti-social cria alguns problemas espinhosos, problemas de natureza teórica e prática. Freud mostrou que a psicanálise não só contribui para a compreensão da delinqüência como é enriquecida por uma compreensão do trabalho daqueles que lidam com delinqüentes.

Verificada a existência da tendência anti-social, que se relaciona com dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional, a criança nunca deverá ser abordada com finalidade vingativa, mas apenas no sentido de adaptação ambiental.

Uma criança sofre privação quando é privada de certas características essenciais da vida familiar. Algum grau do que se poderia chamar o " complexo de privação" torna-se manifesto.

Ora, o que acontece se o lar faltar à criança, antes de ela ter adquirido uma idéia de um quadro de referência como parte de sua própria natureza? A idéia corrente é que vendo-se " livre" a criança passa a fazer tudo o que lhe dá prazer. Ao constatar que o quadro de referência de sua vida se desfez, ela deixa de se sentir livre. Torna-se angustiada e, se tem alguma esperança, trata de procurar um outro quadro de referência fora do lar. A criança, cujo lar não lhe ofereceu um sentimento de segurança, busca fora de casa as quatro paredes; ainda tem esperança e recorre aos avós, tios e tias, amigos da família, escola. Procura uma estabilidade externa sem a qual poderá enlouquecer. Fornecida em tempo oportuno, essa estabilidade poderá ter crescido na criança como os ossos em seu corpo, de modo que gradualmente, no decorrer dos primeiros meses e anos de vida, terá avançado da dependência e da necessidade de ser cuidada, para a independência. É freqüente a criança obter em suas relações e na escola, o que lhe faltou no próprio lar.

A criança anti-social está simplesmente olhando para uma esfera mais ampla, recorrendo à sociedade para lhe fornecer a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional.

O ato de roubar encontra-se no centro da tendência anti-social, com a mentira a ele associada. A criança que rouba um objeto não está buscando o objeto roubado mas sim a mãe sobre a qual ela tem direitos. Estes direitos têm a sua origem no fato de a mãe ter sido criada pela criança. A mãe foi de encontro à criatividade primária da criança , tornando-se, desta forma, o objeto que a criança estava preparada para encontrar.

Winnicott (1956), nos conta que quando a criança rouba açúcar, ela está procurando a boa mãe, de quem ela tem o direito de tirar toda a doçura que houver. De fato, essa doçura é a da própria criança, pois ela inventou a mãe e a doçura desta a partir de sua própria capacidade para amar, a partir de sua própria criatividade primária, seja qual ela for.

Quando uma criança rouba fora de casa, ainda está procurando a mãe, mas procura-a com maior sentimento de frustração e necessitando cada vez mais encontrar, ao mesmo tempo a autoridade paterna que pode por e porá um limite ao efeito concreto de seu comportamento impulsivo e à atuação das idéias que lhe ocorrem.O declínio da função paterna, afeta pois o laço familiar.

.OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi estudar as relações entre a ausência da figura materna e a conduta anti-social de um adolescente.

MATERIAL CLÍNICO

Para ilustrar este trabalho escolhemos o caso de um adolescente de 14 anos, cuja mãe trazia uma queixa de conduta anti-social possivelmente ligada a ausência materna do lar e conseqüentes dificuldades sócio-econômicas. Aos dez anos de idade seu filho havia fugido de casa devido aos maltratos de seu companheiro. Procurou a casa de parentes maternos que o rechaçaram e o internaram em um orfanato. Preferiu viver na rua, enfrentando uma vida de muito sofrimento. Agrupou-se com maus companheiros tornando-se drogadicto e praticando pequenos furtos. Trazido ao Serviço de Psiquiatria de um Hospital Público da cidade de São Paulo, foi encaminhado ao Setor de Psicologia com pedido de Psicodiagnóstico de sua personalidade. Neste local o adolescente passou a praticar furtos em dinheiro e celulares dos funcionários.

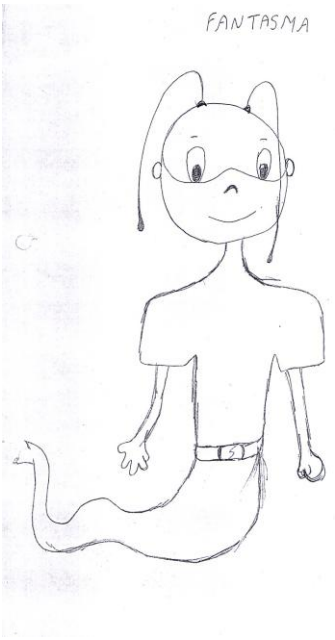
ENTREVISTA INICIAL COM A MÃE DO PACIENTE

O método de investigação consistiu no exame cuidadoso do delinqüente; daí a

importância que se deu à história clínica ou a novela familiar para se verificar a etiologia da primeira infração e a compreensão do sintoma e da personalidade do adolescente.

A entrevista inicial visa a esclarecer os sintomas, saber o motivo manifesto e o latente da consulta, as fantasias de enfermidade e de cura. (Tardivo,2002).

Os métodos projetivos para o estudo nuclear da personalidade formam o protótipo de uma investigação dos processos intra-psíquicos e da dinâmica da personalidade como estruturas em evolução.



Através do grafismo Mauro pode expressar a sua forma de pensamento. Foi utilizado o Procedimento de Desenhos Estórias e procurou-se obter do paciente os indicadores do seu mundo externo e interno, bem como as suas delimitações. Mauro desenhou um fantasma e contou a estória de um menino que vira fantasma para conseguir o que o torna feliz e para fugir de um mundo de perseguições por furtos não cometidos por ele. Pelo fato de não poder ser visualizado, não precisa ser amado por ninguém.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

A partir do referencial de Tardivo (1985), foram considerados vários traços do paciente que procuram dar conta de certos aspectos da personalidade psicanaliticamente relacionados entre si de forma dinâmica.

A análise do material projetivo revelou a presença de controle frente a perseguição. Para proteger-se dos medos de desintegração e da morte, cria o fantasma que expressa a necessidade de possuir um ego invulnerável, forte, poderoso, insensível. Contudo essa fantasia não acalma a ansiedade persecutória e assim se identifica com o fantasma como o objeto idealizado e protetor, assimilando assim o seu poder, o que revela a presença de uma defesa maníaca. Desta forma o ego do paciente se funde e se confunde com este objeto parcial, onipotente, cheio de vida e se infla pela fantasia de ter devorado o objeto idealizado (furtos) e as características sofredoras, desprotegidas, necessitadas, dependentes do próprio ego, são depositadas nesses objetos externos. Assim o paciente evita o temor, a destruição interna do objeto e os próprios sentimentos de vazio, de carência e de abandono.

.A mãe, o companheiro da mãe e o paciente foram atendidos em Consultas Terapêuticas e pode-se observar profundas mudanças na conduta do casal em relação ao adolescente. A psicóloga ofereceu-se como continente, sendo que através da empatia, foi possivel uma profunda identificação com o paciente e seus pais, levando desde o início a uma transferência positiva. O ambiente oferecido pela psicóloga tornou-se facilitador, estabeleceu-se um conluio, ou seja, um “ holding” com um “ handling”, proporcionando crescimento e adaptação. O paciente sentiu-se acolhido pelo casal, retornou ao lar, fortaleceram-se os vínculos familiares e esvaneceu-se a fantasia de que só os objetos idealizados poderiam conter as suas angústias.

REGERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOLWBY, J. Apego e Perda. Vol.1.Trad.VALTENSIR DUTRA.São Paulo:Martins Fontes, 1988.

GRÜNSSPUN,H. Distúrbios Psiquiátricos da Criança..São Paulo:Atheneu,1985.

TARDIVO, L. in TRINCA,W. (org.).Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo:Vetor,1997.

WINNICOTT, D.W. (1951).Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT, D.W.Privação e Delinqüência.São Paulo: Martins Fontes,1987.

;

POSTER 14

TABAGISMO: MUITO ALÉM DO SIMPLES ATO DE FUMAR

Rita de Cássia Santos Amaral

Talita Soares

Kátia Varela Gomes.

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva do estudo exploratório, que objetivou complementar a eficácia da assistência ao tratamento do tabagismo, oferecendo atendimento psicoterapêutico grupal aos usuários com maior dificuldade para mudança de seu padrão de consumo do tabaco ou para atingir a abstinência. Os grupos são heterogêneos (sexo e idade), a freqüência dos atendimentos é semanal e os atendimentos são realizados na Clínica Psicológica da Universidade São Francisco (Campus São Paulo). Os dados foram analisados qualitativamente e o referencial psicanalítico norteou as considerações teóricas, ficando a pesquisa restrita somente aos trabalhos publicados em língua portuguesa. Consideramos que o tratamento psicoterapêutico em grupo traz grandes benefícios aos dependentes de tabaco, na medida em que contribui para a compreensão e conscientização do real significado do cigarro na vida dessas pessoas, o que reflete diretamente na maneira em que enfrentam as adversidades da vida.

Palavras-chave: dependência; tabaco; atendimento psicoterapêutico.

Introdução

Este estudo surgiu a partir do atendimento psicoterapêutico, em grupo, oferecido aos usuários que apresentam dificuldades para uma mudança no padrão de consumo do tabaco. Esse atendimento é fruto da parceria estabelecida entre o curso de Psicologia (Campus São Paulo) e o Centro de Referência Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Nossa experiência motivou-nos a ampliar nossa compreensão, na medida em que percebemos que o consumo do tabaco vai além do simples ato de fumar, pois cada indivíduo atribui ao cigarro um significado, que está diretamente relacionado a dependência.

Ao se falar em tabagismo defrontamo-nos com um dos maiores problemas de saúde pública em ordem mundial, na medida em que o consumo de tabaco ocorre há diversos anos e sempre esteve ligado com comportamentos sociais que vão desde o glamour até a rebeldia (COMUDA, 2006).

O tabagismo é o hábito de consumir qualquer tipo de produto que contenha tabaco, como, por exemplo, o cigarro, cigarro de bali, cigarro com cravo, charuto, cachimbo, cigarrilhas e tabaco mascável, cujo princípio ativo é a nicotina.

De acordo com Ministério da Saúde (2009), a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a nicotina uma droga psicoativa que causa dependência e em média leva nove segundos para chegar ao cérebro (mais rápido que o efeito da maconha e da cocaína). Por isso, o tabagismo é classificado como doença e está inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

Por ser uma substância psicoativa, a nicotina, proporciona ao fumante muito prazer, o que contribui de forma considerável ao abuso e a dependência química.

Lidar com o dependente de tabaco envolve adotar uma perspectiva de trabalho que contemple os três componentes da dependência da nicotina: dependência física, dependência comportamental e principalmente dependência psicológica (MARTINS, 2009).

Neste estudo abordaremos questões voltadas para a dependência psicológica.

Durante o atendimento psicoterapêutico, se percebe que os usuários apresentam uma dinâmica em comum, que se refere à insegurança diante de algo novo, muitas vezes sentido como estranho e ameaçador, ocorrendo assim, um aumento significativo das

tensões. E diante dessa situação o ego, por não conseguir controlar essas tensões, é invadido por uma onda de ansiedade.

Em relação à ansiedade, Freud (1925-26/1996, p.156) enfatiza:

> [...] um estado de ansiedade é a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitações e uma descarga por trilhas específicas. E que a parti dessa circunstância o desprazer da ansiedade recebe seu caráter específico.

A ansiedade possui a função de fazer com que o ego tome uma atitude diante de situações tanto agradáveis ou ameaçadoras, para tanto, existem duas formas de diminuir a ansiedade: enfrentar os problemas e eliminar as dificuldades, reduzindo assim, a ansiedade; e/ou deformar a própria situação visando à diminuição da ansiedade. Os modos pelos quais se dão as distorções são chamados de mecanismos de defesa do ego (FREUD,1925-26/1996).

Zimerman (2001, p.97), destaca que os mecanismos de defesa dizem respeito à "designação dos distintos tipos de operações mentais que têm por finalidade reduzir as tensões psíquicas internas, ou seja, das angústias".

Em *Inibição, sintoma e ansiedade*, Freud (1925-26/1996), salienta que o conceito de defesa, posteriormente denominado como mecanismos de defesa, engloba todos processos psíquicos que tenham como meta proteger o ego das exigências instintuais, além de haver a possibilidade de ter um elo estreito entre alguns mecanismos de defesa, e certas patologias.

Em relação ao dependente de tabaco se observa que o sujeito busca no cigarro o alívio das tensões externas e internas como angústia, sensação de vazio, depressão, ansiedade, medo, estresse, medo de estar só, além de fantasiá-lo como um companheiro. Desta maneira, acaba projetando no cigarro, tudo aquilo que gostaria de ser ou ter.

O mecanismo da projeção refere-se "no sentido propriamente psicanalítico, operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo "objetos" que ele desconhece ou recusa nele" (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 374).

O atendimento psicoterapêutico, em grupo, visa proporcionar ao indivíduo a possibilidade de se apropriar desses conteúdos projetados. O dependente de tabaco passa a ter consciência da importância, do papel e da função que o cigarro exerce na sua vida, e isso se dá através da experiência adquirida com uso da palavra, de poder falar e também ouvir o outro.

Zimerman (1997), ao definir o grupo terapêutico como aquele que objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos (estressora), tanto em nível físico quanto psicológico registra a importância deste trabalho como instrumento em prol da saúde. Salienta também os fenômenos que definem o campo grupal, entre os quais a função continente das angústias e necessidades de cada um de seus integrantes, bem como o vínculo do reconhecimento, ou seja, ser reconhecido que, de fato, pertence ao grupo.

Através de relações transferenciais que ocorrem durante o atendimento psicoterapêutico, os componentes do grupo assumem papéis diversos, o que facilita a expressão verbal e não-verbal de aspectos relacionados a pensamentos e sentimentos dos dependentes de tabaco, possibilitando a percepção e elaboração de conteúdos que emergem neste contexto.

Durante a interação grupal, a função ocupada pelo tabaco vai sendo substituída pela função de falar no grupo, assim, considera-se que o grupo pode ocupar uma função intermediária, aproximando experiências paradoxais – presença/ausência, excitabilidade/amortecimento dos desejos, etc. (GOMES, 2002)

Pichon-Rivière (1986) define o grupo como uma unidade interacional, com uma integração de tempo e espaço e com sujeitos que se percebem mutuamente e cujas *ações estão articuladas por leis de causalidade recíproca*. A interação permite um comprometimento com as expectativas e necessidades de cada sujeito, abrindo a possibilidade de assunção e atribuição de papéis, constituindo o cenário e instrumento de resolução das necessidades, com base em uma historicidade individual e social.

O tratamento psicoterápico, a interação grupal e a troca de experiência funcionam como uma base sólida, gerando sentimento de segurança e um espaço para elaboração para que os dependentes de tabaco possam obter um fortalecimento egóico, confiar nos próprios recursos de enfrentamento e contribuir para novas formas de subjetivação.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva do estudo exploratório, a qual objetivou complementar a eficácia da assistência ao tratamento do tabagismo, oferecendo atendimento psicoterapêutico grupal aos usuários com maior dificuldade para mudança de seu padrão de consumo do tabaco ou para atingir a abstinência. Os grupos são heterogêneos (sexo e idade), a freqüência dos atendimentos é semanal. Os atendimentos são realizados na Clínica Psicológica da Universidade São Francisco (Campus São Paulo). Os dados foram analisados qualitativamente e o referencial psicanalítico norteou as considerações teóricas, ficando a pesquisa restrita somente aos trabalhos publicados em língua portuguesa.

Discussão

Durante os atendimentos foi possível perceber que a psicoterapia, sobretudo na abordagem psicanalítica, permite que o indivíduo entre em contato com suas próprias questões psíquicas e perceba que apesar de dolorosas, precisam ser tratadas.

Sabemos que o ego é a estrutura psíquica responsável pela mediação entre o mundo interno e o mundo externo (FREUD,1925-26/1996). Quando um indivíduo se vê frente às adversidades da vida e por algum motivo não tem um ego fortalecido capaz de lhe proporcionar um suporte para aliviar estas tensões advindas do mundo interior e exterior, ao invés de enfrentar a situação, ele busca algo para fugir desta realidade, uma “válvula de escape” que o faça se sentir mais seguro.

É possível observar este fenômeno entre os tabagistas, pois se observa no relato destes pacientes que eles não são capazes de lidar com situações de ansiedade, raiva, e possuem uma sensação de impotência em relação a decisões cotidianas e de imposição de limites nas relações, se sentindo inseguros na condução da própria vida e, até mesmo solitários.

O cigarro então é inserido como uma “válvula de escape”, pois se busca nele o alívio destas tensões internas e externas. Nele também é possível projetar o que gostariam de ser ou ter. Observa-se nas falas destes pacientes palavras que remetem a sensação de controle

e poder sobre algo e relatos onde citam o cigarro como o “companheiro para todas as horas” ou até mesmo como uma “muleta”, que ajuda e ao mesmo tempo atrapalha a conduzir e enfrentar as adversidades da vida.

A maioria dos dependentes de tabaco não possui consciência do real motivo pelo qual utilizam cigarro, ou seja, não identificam o papel e a função que o cigarro tem em sua vida, e este é um fator determinante para o sucesso do tratamento.

Por isso é importante ressaltar a relevância dos atendimentos de psicoterapia grupal para este tipo de dependência, pois segundo Zimerman (1997), o grupo terapêutico é de extrema importância para o alívio das tensões, pois permitem a expressão de sentimentos e pensamentos, além da troca de experiências e a conscientização de fraquezas e potencialidades. Esta experiência proporciona ao dependente de tabaco um espaço de reflexão sobre o papel que o cigarro ocupa, a maneira como se relaciona com o meio no qual está inserido e a importância e a possibilidade de redefinir a sua vida.

Sendo assim, o grupo pode ser um instrumento de investigação do sujeito psíquico, através das relações entre fantasia inconsciente e as determinações da estrutura social, pois as relações intersubjetivas são essenciais para a constituição da subjetividade, o que permite uma análise da interação entre os sujeitos, sem desconsiderar os mecanismos psíquicos intrasubjetivos (PICHON-RIVIÉRE, 1986).

Em contrapartida, os grupos psicoterapêuticos nem sempre são vistos como um recurso diferenciado de tratamento, pois algumas vezes, são vistos como um recurso que dá conta da demanda institucional ou uma forma de tratamento superficial.

Observa-se então que, a maioria dos modelos de serviços prestados na área da dependência, sobretudo na saúde pública, foca apenas a dependência física e comportamental, ou seja, “a abstinência do consumo”, estabelecendo prazos para se alcançar esta abstinência. Devido a este modelo de atendimento e a grande demanda de pacientes, estes serviços acabam não contemplando o aspecto psicológico da dependência, o que se observa, principalmente no tabagismo como uma questão central.

Por isso é de extrema relevância o estabelecimento de parcerias entre esses serviços e clínicas psicológicas, para que estas questões não sejam abandonadas ou desconsideradas, mas que possam ser abordadas e consideradas como fundamental na recuperação destes indivíduos.

Percebe-se que estes pacientes, geralmente, se apresentam no primeiro momento desmotivado e desacreditando na sua capacidade de recuperação, por isso torna-se fundamental o papel do psicólogo para resgatar esta auto-estima e auto confiança. Observa-se também a importância de se considerar a individualidade de cada sujeito, respeitando o tempo de cada um para diminuir o consumo do cigarro e para lidar e perceber as suas questões, auxiliando-o a perceber o papel que o cigarro tem em sua vida, o lugar que ele ocupa e desmistificando as fantasias que podem surgir neste processo.

Diante de todas essas explanações, podemos salientar que a dependência de tabaco é uma doença, e deve ser tratada como tal, visando englobar todos os seus componentes em prol saúde do dependente.

Destacamos que o atendimento psicoterapêutico deve funcionar como o ponto central do tratamento da dependência psicológica do tabaco, sendo que, no caso de comorbidades psiquiátricas, observa-se a importância do acompanhamento psiquiátrico, e apoio medicamentoso como complemento no tratamento (MARTINS, 2009).

Considerações Finais

Diante da dependência da nicotina, na maioria das vezes o indivíduo se sente inseguro e fragilizado, por isso é de extrema importância um acolhimento e incentivo, tanto por parte dos profissionais da área da saúde quanto dos familiares, para que possam se sentir confiantes e mais abertos ao tratamento.

A maioria dos dependentes de tabaco não possui consciência do real motivo pelo qual utilizam cigarro, ou seja, não identificam o papel e a função que o cigarro tem em sua vida, e este é um fator determinante para o sucesso do tratamento. Por isso, cabe ao profissional de saúde utilizar estratégias de intervenção que possibilitem o *insigth*, sendo que, essas intervenções devem ser realizadas de forma coerente e de acordo com a demanda de cada paciente.

Salientamos a necessidade de se ampliar às produções científicas que tratem de questões relacionadas a dificuldades de dependentes de tabaco que, apesar de diminuírem o padrão de consumo, não conseguem obter a abstinência, além de relatarem a eficácia do tratamento psicoterápico do tabagismo com abordagem psicanalítica.

Com isso, acreditamos que este trabalho possa contribuir para o trabalho em instituições públicas, na fertilização de sua prática e na transformação dos sujeitos envolvidos (profissionais, usuário do serviço, etc), contribuindo para uma elaboração das potencialidades e limites dos métodos, ou seja, “pensar sobre o fazer”.

Consideramos que o tratamento psicoterapêutico em grupo traz grandes benefícios aos dependentes de tabaco, na medida em que contribui para a compreensão e conscientização do significado do cigarro na vida dessas pessoas, o que reflete diretamente na maneira em que enfrentam as adversidades da vida.

Referências

COMUDA –Conselho Municipal de Política Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo. Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais de Saúde. São Paulo: Impressão Oficial, 2006.

FREUD, S. (1925-26). Um Estudo Auto-Biográfico Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: Edições Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.20.

GOMES, K. V. O Mal-Estar do Encontro*:* um estudo sobre a toxicomania em uma Instituição Pública de Saúde. 2002. 2 v. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. Vocabulário de Psicanálise Laplanche e Pontalis. 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004

MARTINS, S.R. Entendo o Tabagismo como Dependência. In: CURSO DE ABORDAGEM BÁSICA EM TABAGISMO PARA PSICÓLOGOS. São Paulo: Cratod, 2009. 1-CD-ROM.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tabagismo. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1446
Acesso em: 11 de outubro de 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

ZIMERMAN, D.E.; OSORIO, L.C. [et al] Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. E. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POSTER 15

PACIENTES MIGRANTES PARA UMA GRANDE CIDADE: COMPREENSÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO[55]

Márcia Aparecida Isaco de Souza[56]
Maria Aparecida Mazzante Colacique[57]
José Tolentino Rosa[58]

Introdução

A incidência de pacientes com dificuldades de adaptação na busca por atendimento psicoterápico, tem-se destacado sobremaneira nas últimas décadas. A principal questão que surge no paciente migrante é a readaptação ao novo local em que está inserido, sendo algo estranho a sua vida, e porque não dizer dentro do seu mundo interno.

Ele tenta se habituar o mais rapidamente possível para poder dar conta da sua angústia interna e das suas dificuldades práticas externas. O deslocamento de uma cidade para outra, causa perdas e ganhos, mas no primeiro momento pode parecer apenas perdas e a pessoa pode entrar em crise pela fragilidade do desconhecimento das novas experiências.

O migrante sabe o que deixou, porém não sabe o que vai encontrar, podendo imaginar, mas não tendo a certeza. Deixou um passado e vai a busca de um futuro. Quando a pessoa tem algumas diretrizes a se apoiar, tendo um familiar ou amigo, isto se torna mais fácil à inserção no novo lugar, podendo ajudá-lo na adaptação.

É necessário levar em conta os aspectos sócio-culturais e econômicos os quais podem facilitar ou dificultar a nova adaptação. Muitos migrantes precisam de um acompanhamento psicoterápico para poder se integrar na nova vida, alguns conseguindo e outros não. Abram

---

[55] Parte do texto apresentado no 7º.Nacional de Psicologia da Saúde na cidade do Porto/Portugal .02/02/2008.

[57] Psicólogas Clínicas do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil.

[58] Prof. doutor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo

(2000, p.251) comenta que: “Enquanto o indivíduo que consome grande parte de seu tempo sozinho pode vir a alcançar a capacidade de estar só, segundo a tese de Winnicott, o estado de retraimento pode, sim, estar demonstrando uma incapacidade de estar só”.

O termo solidão, segundo Ferreira (1977), significa: “Estado de quem se acha ou vive só”, essa situação é muito significativa, pois a pessoa pode estar acompanhada e sentir-se só. Nos dois casos apresentados neste trabalho percebe-se forte tendência de dificuldades emocionais de estar só e poder ter a liberdade de atuar na vida com seus próprios recursos, porém sentindo-se incapazes para tal.

Justificativa

Por existir fortes sentimentos de solidão em moradores de grandes metrópoles no que se refere à alta tecnologia, em contrapartida com a impessoalidade nos relacionamentos, aos quais sofrem de significativos problemas emocionais, a partir dessas percepções fez-se necessário criar formas de intervenção psicológica com a finalidade de minimizar tais efeitos em pessoas que apresentam este sofrimento, e conseqüentemente poderem optar pelo que for melhor dentro de um novo contexto emocional.

CASUÍSTICA, MÉTODO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

Foram realizadas consultas terapêuticas, segundo a teoria de Winnicott, na intenção de, tanto propiciar a sensibilização dos pacientes sobre as questões associadas a seus transtornos, quanto possibilitar em um curto espaço de tempo, reflexões e ajustes para solução mais eficaz de suas dificuldades. Em seguida às primeiras consultas (duas ou três) os atendimentos se mantiveram, sempre buscando dar conta da demanda que trouxeram, no tempo em que se pode trabalhar. No primeiro caso foram realizados seis encontros e no segundo, vinte.

Duas pessoas com sentimento de solidão

Caso 1 - Marília, jovem de 25 anos, nascida e proveniente de um estado da região nordeste do país, dividindo residência com seu noivo, com quem objetiva casar-se no próximo ano. Tem como religião de formação o catolicismo e também freqüentando centros espíritas. Tem

formações superiores, estudando atualmente em curso de pós-graduação na área de humanas. Conta que veio para um estado da região sudeste do país em fins do ano anterior ao do ano de procura do atendimento psicológico, tanto para estudar pós-graduação e arrumar emprego, quanto para já ir organizando sua casa para o casamento. Conheceu seu noivo em uma festa na sua cidade de origem, porém o mesmo, apesar de ser descendente também dessa cidade, já estava morando na cidade na qual reside atualmente onde atua profissionalmente.

Moraram um tempo na casa de sua futura sogra, porém atualmente já se encontra na própria casa, presente de sua sogra, a qual apóia muito a relação de ambos.

Marília diz que gostaria de trabalhar em uma área específica da sua graduação, mas tendo muitas dúvidas a respeito. No curso de pós-graduação que faz atualmente, na área hospitalar, ainda se encontra confusa em se definir. Verbaliza que enviou vários currículos, porém não obtendo retorno de qualquer um deles. Busca auxiliar as pessoas e a ela própria, o encontro de uma identidade. Está tentando ingressar em órgão público, mas não sabe ao certo se é isso que deseja.

Procura atendimento psicológico queixando-se de grande solidão e querendo um reforço para dar andamento aos seus projetos. A saudade que sente dos pais em alguns momentos diz que não é tanta, mas em seguida conta que sua mãe está para chegar no dia seguinte ao da primeira entrevista. Na maioria das vezes ou ela viaja para a cidade de origem ou sua mãe vem visitá-la. Quanto ao noivo, não demonstra muita compreensão para com ela, mas lhe apóia. Ele demonstra um ciúme, em alguns momentos, comportamento este que a preocupa, percebendo isto, apenas a partir do convívio. Sexualmente se relacionam bem, caracterizando-o como uma pessoa muito calma, carinhosa e atenciosa. Paciente se nomeia como sendo mais linear, e ele mais oscilante, incomodando-se com a imagem que transmite às pessoas. Quer especializar-se no trato com atendimentos infantis, apesar de considerar difícil.

Chegou a fazer psicoterapia na sua cidade de origem, por dois anos e meio, o que lhe ajudou muito. Parou quando estava para vir para a cidade onde mora atualmente.

Paciente acha que seria feliz em qualquer lugar, porém questiona as diferenças climáticas e de costumes Está fazendo atividade física, o que tem lhe ajudado a não fixar tanto os pensamentos em bobagens.

Pais tentaram fazer com que Marília não saísse de sua cidade de origem A preocupação de ambos era que casasse e não ficasse na condição de solteira. Portanto decidiu ficar noiva, pois assim a situação melhoraria para todos. Eles a ajudam financeiramente, pagando seu curso de pós-graduação. Relata que quando morava com a sogra sentia mais saudade dos pais, do que agora, que mora com o noivo. A adaptação foi muito difícil. Na época em procuravam apartamento havia muitas discussões. Atualmente a saudade vem quando ficam brigados.

Sua saúde física é relatada através de introspecções, não expondo seus sentimentos, precisando submeter-se a tratamentos de RPG e PILATIS. Apresenta tensão na região buco-maxilar, mordendo as bochechas e rangendo seus dentes.

Conta que seu parto foi cesárea, a termo, mamando por quatro meses. Mãe lhe conta que foi uma gravidez tranqüila, porém sempre lhe recomenda que se previna, dizendo-lhe que foi fruto de uma camisinha furada. Isto está sempre presente na mente da paciente, não esquecendo de se cuidar. Conta que o relacionamento dos pais é maravilhoso, “eles se completam”. Seu irmão, um ano mais velho, é realizado profissionalmente e muito seu amigo. Portanto, vê a proteção do irmão mais a níveis de preocupação, de cuidados. A proteção maior dele como homem, em relação à paciente, foi mais na adolescência. A vida escolar foi muito boa, estudando a paciente em escola particular. Sua adolescência é lembrada como mesmo ainda brincando com bonecas, aos 14 anos, já “ficava” com garotos de sua idade, sendo que foi com essa idade que chegou a dar seu primeiro beijo, contando este fato para sua mãe.

Proposta de atendimento

Percebe-se até aqui uma necessidade de ser ouvida e compreendida em sua mudança de vida, ou seja, tendo que se deixar como ela era em sua cidade de origem, para tentar ser uma outra pessoa na cidade em que mora atualmente. Isto, até este momento é visto com

sofrimento, com falta de capacidade de desempenhar seus novos projetos de vida, não se vendo mais como menina, estudante, filha, morando perto do mar, familiares por perto, mas ser a mulher, profissional, futura esposa, morando em cidade não praiana, e familiares distantes.

A proposta de trabalho foi de desenvolver uma psicoterapia breve, focado nesse sofrimento, ou seja, na dificuldade de ver-se em sua nova vida, com ganhos, apesar de se afastar de todas as coisas que lhe deixavam mais confortável e tranqüila; poder visualizar as aproximações com a fase adulta; e ser ela mesma, tendo como parâmetro o vislumbre desta nova fase de sua vida.

Caso 2 - Pedro, 28 anos de idade formado na área de exatas, vindo do sul do país, para morar em São Paulo com intenção de cursar uma pós-graduação e procurar emprego para se manter. Morava com dois amigos, também vindo de sua cidade natal. Buscou o atendimento psicoterápico por apresentar dificuldades de relacionamento. Vivia com seus pais na região sul, sendo que a principal característica familiar era fazer tudo o que fosse necessário sem conversarem sobre nada. Pais trabalhavam fora e no retorno deste, o contato era mínimo entre todos. Cresceu dentro de um lar aparentemente estruturado fisicamente, com casa própria, pai, mãe, irmão, porém emocionalmente pobre de vínculos. O irmão mais velho cuidava da sua vida e a família ficava sabendo do que ele alcançava, após o fato consumado.

Pedro falava pouco, e quando aparecia algum comentário, não conseguia elaborar um posicionamento próprio, passava várias sessões em silencio e em seguida falava que sentia muita dificuldade em começar a verbalizar algo, antes que a terapeuta começasse. Quando esta iniciava alguma pergunta, ele ficava mudo e dizia que não sabia como respondê-la. Sempre foi de descrever tudo o que estivesse ao seu redor, mas não sabia pensar. Comparecia às sessões antes do horário e enquanto aguardava ser chamado, mantinha-se lendo algum livro que trazia consigo, nunca se utilizando o material do consultório. Tinha o olhar parado, como todo o restante do seu corpo, algumas vezes olhava muito tempo para o chão e outras vezes para a terapeuta sem esboçar qualquer expressão. Em uma das consultas terapêuticas comentou que gostaria de voltar a sua cidade natal, porque em São

Paulo não estava conseguindo arrumar emprego e nem havia conseguido passar no mestrado ao qual se propôs. Certo dia, disse que sentia muita falta da sua cidade, pois lá não precisava falar para conseguir o que precisava, sendo que aqui a situação era de correria e enfrentamento, característica essa que ele não tinha e não sabia se queria ter.

Proposta de intervenção

Foi visto que diante das suas dificuldades, era de se esperar que não falasse e, ficasse em silencio durante longo tempo, pois alguém sempre lhe fazia isso na cidade de origem. A estratégia do atendimento foi de consultas terapêuticas, inicialmente, em que a terapeuta iniciava uma tentativa de diálogo, e deixava que ele pensasse sobre o assunto, deixando-o pensar livremente no tempo até ele poder se posicionar e experimentar qualquer manifestação de emoção. A intervenção se manteve com outras consultas, (totalizando 20).

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Foram observadas histórias clínicas de pacientes com intenso sofrimento psíquico, interferindo na produtividade estudantil, profissional, e na qualidade das relações interpessoais. Essas pessoas vinham em busca de ascensão intelectual e financeira, além de vinculações afetivas, deparando-se com entraves pessoais no decorrer de sua estadia na respectiva metrópole.

Diante da concretização dos ideais surgiram dificuldades de companheirismo, confiança, reconhecimento, necessitando haver uma reorganização psíquica diferenciada das já existentes nas suas cidades de origem.

Abram (2000, p. 138) comenta que Winnicott afirma que a qualidade dos cuidados maternos no início da vida é a responsável pela saúde mental do indivíduo, pois livra-o da psicose. Isto transposto para a relação terapêutica pode estabelecer que é o *setting* analítico que fornece o ambiente de *holding* necessário ao paciente.

Esses pacientes tiveram possibilidade de escolherem encaminhamentos futuros para o aprofundamento dessas reflexões surgidas a partir de atendimentos iniciais, além de outras investigações psíquicas de seus interesses.

;

DISCUSSÃO

Percebe-se em Marília na quarta consulta terapêutica, sua percepção em relação aos objetivos propostos no trabalho, pois seu sofrimento não seria em função da distancia de sua cidade e de seus familiares, mas do quanto que sua vida mudou, ou seja, na sua cidade era estudante, filha, namorada, família à sua volta, vida mais tranqüila e descontraída, no entanto, aqui é graduada, mulher, noiva, família distante, vida agitada e com responsabilidades. Portanto, as dificuldades encontradas seriam em relação a essas mudanças tendo que se adaptar a todas elas. Marília está se adaptando aos problemas de casa, de sua formação profissional, de seu convívio com o noivo de seus preparativos do casamento futuro, do intenso tráfico da cidade podendo com isto contar com a compreensão de seu noivo, percebe-se que a paciente aos poucos está se conscientizando dos seus sofrimentos e dos seus porquês, procurando sempre refletir e levando para casa questões conversadas nas consultas, o que se nota grande empenho em seu desenvolvimento, como é mostrado na vinheta a seguir: “Estranho o fato de estar aguardando uma faxineira e a mesma não aparecer, nem chegando a me ligar para dizer o motivo de sua ausência, isto não acontecia em minha cidade, com isto minha casa está e continua suja, e não tenho tempo para faxinar, tendo que me adaptar a isto”.

Pedro, por sua vez passou a verbalizar mais alguns comentários durante as sessões, chegando até a propor para a terapeuta, que gostaria de fazer um retrospecto da sua vida desde a infância até os dias atuais para tentar perceber como vivia e como poderá melhorar o seu convívio nos dias atuais. Foi aceita a proposta.

Abram (2000, p.215) cita Winnicott sobre a seguinte questão: “O *setting* analítico reproduz as técnicas de maternagem mais precoces. Ele induz a regressão em função da confiança que inspira. A regressão do paciente constitui-se em um retorno organizado à dependência inicial ou a uma dupla dependência”.

Durante esse processo ele foi relembrando e admirando-se em relação ao seu próprio conhecimento de vários episódios de sua vida passada, em vários lugares, diante de várias pessoas desde colégios aos quais freqüentou, até a rua onde andava, ônibus que pegava, chegando até a lembrar-se de atitudes paralisantes que teve durante alguns acontecimentos

na frente de colegas, como relatado na vinheta a seguir: “eu estava na sala de aula encostado a uma parede olhando toda a sala, e os colegas estavam brincando com um casal que se gostava, dizendo que eles iriam namorar, eu tive muita vontade de falar que era verdade, um gostava do outro, toda a sala falou, menos eu”. Enquanto relatava esta lembrança de adolescência, ele se reencostou na cadeira, apoiando sua cabeça na parede, olhando para toda a sala de atendimento como se estivesse vivenciando a cena do passado, muito viva naquele momento.

Conclusões

Abram (2000, p.251), comenta sobre a solidão que: “Da mesma forma, o indivíduo que experimenta uma intensa solidão também teve a chance de viver o impacto da falha da experiência de afinidade egóica com a mãe, capaz de estar seguramente presente por estar identificada com seus bebês”.

Os casos relatados se evidencia a dor da solidão e através das intervenções psicológicas, o conseqüente alívio do sofrimento. Vê-se a efetiva importância de contatos iniciais dentro da clínica do setting de Winnicott, com especial atenção ao *holding* e ao manejo na relação terapeuta-paciente, facilitando a interação humana e a eficácia da adaptação psicológica.

REFERÊNCIAS

ABRAM, Jan. A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.p. 138.

_____A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.p. 214.

_____A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.p. 249-252.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da língua portuguesa. Ed. Nova Fronteira S.A 1977.

POSTER 16

ATENDIMENTO A IDOSOS: A UTILIZAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM PACIENTE COM QUEIXA DE BRUXISMO

Bernadete B. S. Imoniana
Eliana de Siqueira
Lídia Rodrigues Schwarz
Leila Cury Tardivo

RESUMO

Este estudo tem por objetivo apresentar uma reflexão acerca de atendimento psicoterápico breve com idosos e de como suas emoções podem gerar sinais e sintomas, se não forem adequadamente expressas.Usando a EDAO, focou-se o atendimento psicológico no setor Afetivo-Relacional de uma paciente de 70 anos de idade, tedo sido trabalhados os sentimentos, principalmente a ansiedade e hiper-atividade, que muitas vezes interferiam no setor Orgânico, no caso dela o ranger dos dentes (bruxismo). Os autores relatam o atendimento e a evolução observada da área Afetivo-Relacional para adequada com maior expressão dos sentimentos, de suas expectativas e objetivos E essa evolução afetou também a Produtividade e o setor Sócio-Cultural .

Palavras chaves: idosos, psicoterapia breve, afetividade, saúde mental

Queixa:

A paciente foi encaminhada pela Faculdade de Odontologia com queixa de bruxismo (ranger dos dentes). De início, era somente à noite e, com o passar do tempo, Vânia percebeu que o comportamento ocorria o dia inteiro e que rangia os dentes principalmente quando estava nervosa.

Método

A paciente Vânia (nome fictício) foi atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP ,Projeto APOIAR/IDOSOS.

Foi utilizada Psicoterapia Breve Operacionalizada, com a realização de seis entrevistas para definição da Situação - Problema, e doze sessões de atendimento psicoterapêutico individual, de cinqüenta minutos, com freqüência de uma vez por semana.

EMBASAMENTO TEÓRICO

A Psicoterapia Breve Operacionalizada é uma técnica que começou a ser desenvolvida pelo professor Ryad Simon nos anos 70, a partir de um trabalho de psicoterapia de grupo desenvolvido com estudantes de Medicina da Escola Paulista de Medicina. Esse trabalho tinha como objetivo a implementação de um programa de prevenção de distúrbios mentais, e, após anos de estudo, foi criada a ferramenta E.D.A.O.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada tem como base a concepção evolutiva de adaptação, sendo que o diagnóstico baseia-se na eficácia adaptativa do paciente. Simon (1999) adota o critério adaptativo como principio de sua proposta diagnóstica, isto é, a adaptação como sendo o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja compatível com a vida. As soluções que o individuo dá às situações que a vida apresenta constituem sua adaptação global.

Para efeito da avaliação diagnóstica, Simon subdividiu a adaptação em quatro setores: AR (Afetivo-Relacional) que compreende o conjunto de respostas emocionais do paciente nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; SC (Sócio-Cultural) abrange as atitudes e ações do paciente diante das instituições, costumes e valores do meio em que vive; Pr (Produtividade), refere-se ao conjunto de respostas diante do trabalho ou estudos desenvolvidos do sujeito, e OR (Orgânico) compreende a salubridade, o estado (anatômico), o funcionamento (fisiológico) da totalidade do organismo da pessoa, bem como seus sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada foi concebida levando em consideração a nossa realidade econômica e social, isto é, uma técnica psicoterápica conciliável com os

orçamentos institucionais, sendo um dos métodos breves que possibilitam a assistência a um maior número de pessoas, que necessitam de um atendimento pontual na área de saúde mental.

Dados da paciente

A paciente tem 70 anos, 1º.grau completo, aposentada especial devido a problemas de saúde (coluna). Separada há 18 anos, tem duas filhas que moram junto com a paciente, sendo que a mais velha é casada e tem uma filha de 12 anos, e a outra filha é solteira e tem uma filha deficiente física (faltou oxigenação no cérebro durante o parto o que gerou paralisia infantil) com 14 anos. A separação do marido ocorreu após a paciente descobrir casos extraconjugais do mesmo. Vânia era a terceira filha entre quatro irmãos. Atualmente só tem uma irmã mais velha, porque os dois irmãos solteiros já morreram.

A paciente após a aposentadoria continuou trabalhando como babá de uma garota, dos 5 até 15 anos, filha/neta de empresárias do setor de diversão (salas de cinema). Parou de trabalhar há três anos, porque a mãe da garota achava que não havia mais necessidade da filha ter uma babá.

Vânia relata que, na verdade, não era somente babá, desenvolvia paralelamente o trabalho de governanta na residência da família. Atualmente, mora com a filha e a neta, e para completar a renda faz doces para revender na vizinhança.

DADOS RELEVANTES DE CADA SETOR ADAPTATIVO

No setor Afetivo-Relacional, Vânia apresentava-se como “pouquíssima adequada”. Dizia sentir-se magoada com o marido em relação à descoberta da traição. Quando estava grávida da primeira filha descobriu que ele tinha relações extraconjugais e, na ocasião desejou não ter mais filhos, mas engravidou novamente, sendo que a segunda filha nasceu prematura. Após algum tempo separou-se do marido. O ex-marido freqüenta a casa da paciente nos fins de semana para visitar as filhas e as netas. Vânia já solicitou a separação legal, mas o ex-marido não a aceita. No que se refere à relação amorosa com o ex-marido, a paciente relata que houve um grande empenho por parte dele para o casamento. Antes de

conhecer o marido, Vânia teve dois namorados e o marido tinha ciúmes dela em relação ao ex-namorados, mesmo sem conhecê-los.

Desenvolvimento da Psicoterapia

Durante as primeiras sessões ocorreram resistências por parte da paciente em falar a respeito de sentimentos, tendia a desviar o assunto para relatar fatos ocorridos com as filhas e as netas. No início das sessões, quando questionada sobre como estava e como tinha sido sua semana, a paciente sempre respondia que estava bem, apesar de uma expressão facial inalterada e fria, e uma postura corporal rígida.

A paciente falava a respeito de seus sentimentos, de como se sentia frustrada de não poder trabalhar, algo que gostava e que não podia mais fazer, pois tinha que tomar conta da neta. Também se sentia incomodada quando o ex-marido ficava o fim de semana em sua casa, exigindo todas as atenções voltadas para si.

Vânia, após algumas sessões, começou a expressar e discutir seus sentimentos com a família e a falar sobre o seu sonho de ter uma casa própria. Percebeu-se, nesse momento, que ela buscava soluções para suas angústias e ansiedades e que tinha um sonho de novamente ter sua casa (na verdade, o casal já tivera uma casa, mas, por negligência do ex-marido, a tinha perdido por falta de pagamento).

POSTURA DA PSICOTERAPEUTA

De acordo com Simon (2005), a postura do terapeuta na Psicoterapia Breve Operacionalizada é basicamente ativa. Caso o paciente comece a falar de temas irrelevantes, intervém-se para levá-lo de volta a um assunto que interessa ao desenvolvimento da compreensão das soluções inadequadas. E, se o paciente evita um assunto, o terapeuta deve usar da persuasão para encorajá-lo a enfrentar a questão temida.

As crises, segundo Simon, são desencadeadas pela ocorrência de diferentes fatores (internos, externos, positivos ou negativos) e acontecem quando o indivíduo não conta com repertório de respostas adequadas.

Para Bromberg (1998), o luto do envelhecimento causa no idoso um grande impacto. A saída dos filhos de casa, a aposentadoria e a perda dos companheiros de trabalho, a redução de renda, a limitação do lazer e outras perdas têm o efeito de uma bola-de-neve.

Segundo Gebara (2003), nos momentos de crise, o indivíduo fica exposto ao perigo e surge daí a oportunidade para mudar e aceitar uma intervenção terapêutica. De acordo com Simon (2005), o objetivo da intervenção é melhorar a eficácia adaptativa do paciente, isto é, tornar o período de crise um período de crescimento, ajudando-o a encontrar soluções adequadas para ele.

Durante todo o atendimento psicoterápico, a terapeuta ficou atenta sobre como a paciente estava em relação à queixa inicial, o ranger dos dentes, e pode perceber que houve melhora significativa. No final do tratamento, a paciente relatou estar feliz e sentindo-se bem, não notando mais o comportamento de bruxismo.

Ao finalizar o tratamento, a terapeuta percebeu que a paciente estava mais ativa, expressando mais seus sentimentos, suas expectativas e estava mais atenta em relação a si própria.

Conclusão

Comparando as condições da paciente, no início do tratamento e no final, pode-se observar que, inicialmente, Vânia se apresentava pouquíssimo adequada no setor Afetivo-Relacional (muita dificuldade na manifestação das emoções) e evoluiu para adequada (maior expressão dos sentimentos, de suas expectativas e objetivos). Essa evolução afetou também a Produtividade e o setor Sócio-Cultural (a paciente, no final do processo psicoterápico, iniciou um trabalho que lhe dava prazer e ajudava no aumento da renda familiar, sem alterar a sua rotina diária). No setor Orgânico, o bruxismo que a trouxera para o tratamento, já não era percebido em nenhuma ocasião.

Concluímos que ocorreu uma evolução favorável da paciente, esta conseguindo se posicionar e enfrentar situações conflitivas e encontrar soluções alternativas satisfatórias. A paciente sentiu-se compreendida e ajudada, conseguindo mudar suas soluções inadequadas para outras mais adequadas.

Segundo Simon (2005), os períodos de adaptação estável e de crise alternam-se ao longo da vida, compondo o processo de evolução da adaptação humana. Ele sugere que a Psicoterapia Breve Operacionalizada seja utilizada na assistência psicológica aos idosos, pois um dos objetivos principais dessa técnica é propiciar assistência a grupos menos privilegiados social e economicamente, como é o caso da população idosa no Brasil.

REFERÊNCIAS

BROMBERG, M.H.P.F. – A psicoterapia em situações de perdas e luto. São Paulo: Editora Psy., 1998

GEBARA,A.C. – Como interpretar na psicoterapia breve dinâmica. São Paulo: Vetor, 2003.

SIMON,R. - Psicologia Clinica Preventiva. Novos Fundamentos. São Paulo: EPU.1999

SIMON,R Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e Técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

POSTER 17

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DE UMA PSICOTERAPIA FAMILIAR PARA UMA PSICOTERAPIA DE CASAL

Suzi Akemi Ando
Sílvia C.S.Karacristo
Viviane Manfre
Sonia Nukui
Eliana Siqueira
Leila Cury Tardivo

RESUMO

Este artigo apresenta considerações acerca da transição de uma psicoterapia familiar para uma psicoterapia de casal, realizada no núcleo de família e casal do Projeto Apoiar – IPUSP.

Durante sete meses trabalhou-se com a tríade mãe-filhos, sem a presença do pai. As queixas apresentadas recaíam sobre o filho mais velho, (problemas de aprendizagem e aagressividade dirigida, principalmente, ao irmão mais novo). Após o término deste processo, iniciou-se a terapia com o casal, que está em andamento há três meses. Os atendimentos psicológicos (realizados em co-terapia) fundamentaram-se em aspectos teóricos e técnicos da Abordagem Sistêmica, juntamente com a Abordagem Psicodinâmica. Pode-se dizer que o filho mais velho experimentava sentimentos ambivalentes ao disputar a mãe com o pai e com o irmão caçula, tornando-se o depositário do conflito familiar. As dificuldades manifestadas por ele escondem as dificuldades que seus pais revivem e reeditam em decorrência das vivências de suas famílias de origem. Considerando o trabalho que vem sendo desenvolvido com o casal, nota-se que a dificuldade na relação afetivo-sexual pode estar relacionada com os sentimentos ambivalentes que viveram em suas primeiras relações objetais. Portanto, compreende-se a importância de que o casal se conscientize de aspectos conflituosos que vêm se repetindo transgeracionalmente.

Palavras chaves: Psicoterapia Familiar; psicodinâmica;Sistêmica.

Introdução

Este artigo tem por objetivo tecer considerações acerca da transição de uma psicoterapia familiar para uma psicoterapia de casal realizada no núcleo de famila e casal do Projeto Apoiar – IPUSP. (KARACRISTO, E TARDIVO, 2008).

Durante sete meses, realizou-se o atendimento com a tríade mãe-filhos, sem a presença do pai. Após o término deste processo, iniciou-se a terapia com o casal, que está em andamento há três meses. s atendimentos psicológicos (realizados em co-terapia) buscaram compreender primeiramente as queixas familiares, para posteriormente, compreender a dinâmica do casal. Para isso, utilizaram-se aspectos teóricos e técnicos da Abordagem Sistêmica (MINUCHIN, 1982) juntamente com a Abordagem Psicodinâmica.

Num primeiro momento, serão apresentados aspectos trabalhados com a tíade mãe-filho.

I- Desenvolvimento da Psicoterapia Familiar

a) Apresentação da família

Trata-se de uma família composta pela mãe A (42 a), o pai B (43 a) o filho mais velho C (7 a) e o mais novo D (5 a). O filho mais velho é quem foi encaminhado pela escola para atendimento individual ao Projeto Apoiar. No primeiro contato, a psicóloga responsável pelos encaminhamentos, percebeu que se tratava de uma dificuldade na dinâmica familiar, encaminhando o caso para o Núcleo de Família e Casal.

As queixas apresentadas recaíam sobre o filho mais velho, que manifestava problemas de aprendizagem, e também agressividade dirigida principalmente, ao irmão mais novo. Torna-se importante destacar que C já havia realizado avaliação psicológica, em consultório particular no ano anterior, pelos mesmos problemas apresentados. Segundo sua mãe, no final do processo da avaliação a psicóloga indicou psicoterapia individual, por compreender que C vivia um conflito ao disputar a mãe com o pai e com o irmão. Contudo, por dificuldades financeiras não deu prosseguimento. *“Não entendi porque ela falou sobre o Édipo e que meu filho se comportava ora, como um rei, o ‘rei Arthur’, ora como um bebê.”* (sic).

A mãe estranhou o fato de participar de uma psicoterapia familiar, alegando que procurou atendimento para o filho mais velho, justificando que não via dificuldades no mais novo. Esclareceu-se que o objetivo era trabalhar com a dinâmica familiar e não somente com o membro que apresentava dificuldades. Sendo assim, solicitou-se que além da participação dela e dos filhos, também convidasse o esposo. Entretanto, o mesmo não participou da terapia familiar por alegar compromissos profissionais.

b) Aspectos da dinâmica familiar

Durante as primeiras entrevistas, buscou-se explorar o significado da queixa para compreender o funcionamento familiar. Desse modo, a mãe expôs a dificuldade no relacionamento familiar, ressaltando que as discussões entre ela e o esposo se faziam frequentes e por motivos variados, tais como: discordância na educação dos filhos, interferência familiar por parte da sogra e dificuldade financeira.

A mãe está sem trabalho há três anos, estando mais ativa com os afazeres domésticos e com os cuidados dispensados aos filhos, o que a deixa altamente estressada. O pai ficou desempregado por seis meses. Atualmente, está trabalhando e recebendo um salário bem menor. Consequentemente, o padrão financeiro decaiu e tiveram que reorganizar o orçamento familiar.

Tal situação veio somar fortemente à dificuldade na relação conjugal, que já perdura desde a gravidez do filho mais novo, quando o casal passou a não compartilhar a mesma cama. A mãe relatou que dorme no quarto com um dos filhos, enquanto o pai dorme no sofá da sala com o outro, ou vice-versa. As relações sexuais entre o casal acontecem de forma esporádica.

Além disso, de acordo com a mãe, os filhos presenciam as discussões calorosas entre ela e o esposo. Percebe que isso pode prejudicá-los, já que os mesmos ficam assustados. Exemplifica que o filho mais velho teve uma crise de choro durante uma das discussões. Num dos atendimentos, enquanto a mãe citava episódios em que colocava o esposo como agressivo, os filhos interferiram a favor do pai, alegando que a mãe era mais brava.

Considerando o exposto, decidiu-se junto à tríade mãe-filhos, trabalhar os papéis desempenhados por cada um deles, já que havia uma desorganização relacional, o que repercutia na falha da comunicação. Ao mesmo tempo, buscou-se levar os membros a refletirem sobre seus modos defensivos e as ansiedades que permeavam suas relações, para assim, livrá-los de possíveis projeções e identificações.

No decorrer dos atendimentos, a mãe destacou a significativa melhora das queixas manifestadas pelo filho mais velho, tanto em relação ao desempenho escolar quanto em relação à agressividade dirigida ao irmão.

c) Compreensão sobre a dinâmica familiar

Para Cramer (1974), a criança pode ser considerada como um sistema aberto, sendo possível observar a atividade de círculo que liga ela e seus pais através de projeções, introjeções e identificações, o qual denominou como área de conflito mútua.

Desse modo, ao analisar pontos desta dinâmica familiar, compreende-se que a mãe transferia sua insatisfação conjugal na relação com os filhos, em especial, com o mais velho. Possivelmente, este filho correspondia em decorrência do conflito edípico. Neste contexto, a individuação dos membros tornava-se complicada.

Corroborando com essas ideias, Caper (1990) aponta que por volta de três a cinco anos, a criança experimenta uma relação triangular, o que desemboca numa rivalidade com um de seus pais pela posse sexual do outro, ou seja, o Complexo de Édipo. No caso do menino, tal rivalidade "*faz com que odeie o pai, a quem também ama, num conflito extremamente doloroso.* Por outro lado, *aciona a repressão de seus desejos genitais pela mãe, como uma forma de escapar à dor e à ansiedade" (*p.57)

Pode-se dizer que o filho mais velho experimentava sentimentos ambivalentes ao disputar a mãe com o pai e com o irmão caçula, tornando-se o depositário do conflito familiar. Pode-se dizer que a queixa manifestada pelo filho mais velho camuflava a dificuldade afetiva-sexual de seus pais.

Por outro lado, ambos os filhos inconscientemente, se colocavam numa disputa ferrenha pela conquista do amor da mãe. Nesta configuração, a dificuldade na delimitação da fronteira tornava-se contundente.

Minuchin, (1982) aponta que se houver confusão no desempenho dos papéis familiares ocorrerá um funcionamento inadequado das tarefas a serem executadas pelos membros familiares. Desse modo, a função das fronteiras de proteger a diferenciação e a individuação dos membros familiares fica prejudicada levando a uma percepção indiferenciada do outro e de si mesmo.

Para trabalhar a confusão dos papéis dos membros, realizaram-se alguns tipos de intervenções, tais como: acolhimento, interpretativa, injuntiva, interrogativa, entre outras, tendo como fundamento as considerações de Fiorini (1982).

No decorrer da terapia familiar, A foi se conscientizando em que lugar havia colocado os filhos. Ou, em outras palavras, a mãe compreendeu que a dificuldade do relacionamento conjugal estava seguramente resguardada nas queixas apresentadas especialmente pelo filho mais velho.

Em contrapartida, os filhos puderam expressar o amor que sentiam pelo pai e algumas vezes, denunciaram a agressividade por parte da mãe. As brincadeiras entre eles foram acontecendo cada vez menos agressivamente. Torna-se lícito afirmar que puderam experimentar a condição de irmãos, já que na maioria das vezes, colocavam-se em posição de rivais na disputa pela mãe.

Após mãe e filhos se conscientizarem dos papéis desempenhados, houve também uma mudança na conduta do pai. Isso pôde ser confirmado através de um telefonema para uma das terapeutas, questionando o trabalho que estava sendo realizado com a sua família, e demonstrando também interesse em participar dos atendimentos.

Por fim, compreende-se que o objetivo da psicoterapia familiar foi alcançado. Mãe e filho puderam expressar seus sentimentos e dialogar sobre o fato deles e de seus pais não dormirem em seus próprios quartos. Desse modo, os filhos passaram a dormir no próprio quarto e seus pais voltaram a dormir juntos, ainda que apresentassem dificuldades no relacionamento afetivo-sexual.

No último atendimento, percebeu-se a necessidade de encaminhar a mãe para psicoterapia individual, por compreender que existem aspectos intrapsíquicos que poderiam ser trabalhados. Igualmente, compreendeu-se a necessidade de que ela e o

esposo realizassem terapia de casal para, assim, tratar de questões pertinentes à dinâmica conjugal.

Após o término da terapia familiar, o esposo entrou em contato telefônico com uma das terapeutas, solicitando a psicoterapia de casal.

II- Desenvolvimento da Psicoterapia de Casal

a) Histórico familiar do casal

B é filho único. Relatou que seu avô paterno teve oito filhos e era considerado um homem violento. Desse modo, destacou que seu pai sofreu sucessivas violências físicas e psicológicas por parte do avô. O pai de B apresenta transtorno bipolar, portanto, ele convive com a patologia do pai desde a adolescência. B relembrou com carinho o cuidado que a mãe dispensava ao seu pai, enaltecendo o fato dela nunca o ter abandonado. A é a filha caçula de quatro irmãos. Nasceu após nove anos da morte do irmão (10 meses) anterior a ela. Este faleceu de forma trágica num descuido do pai, quando sofreu queimaduras e infecções ao entrar em contato com produto químico (cal virgem). Após este acontecimento, os pais de A separaram-se e reataram tempos depois. Segundo ela, seus pais se desentendiam frequentemente e sua mãe desaparecia durante alguns dias.

Referiu não ter bom relacionamento com a mãe. Em relação ao pai, destacou que o mesmo era ausente devido ao trabalho. A não soube especificar sobre seus avós paternos e maternos, já que o contato era raro.

a) Aspectos da dinâmica do casal

A e B conheceram-se em ambiente de trabalho. Ele, analista de sistemas, e ela, publicitária. Casaram-se após dois anos de namoro. Porém, A teve dúvidas em relação aos seus sentimentos poucos dias antes do casamento. Contudo, foi aconselhada pela irmã mais velha a se casar, já que não encontraria outro companheiro melhor.

A teve dificuldades para engravidar. O casal realizou terapia com uma sexóloga,

e também estimulação hormonal, sem obter sucesso. A enfatizou que era constantemente cobrada pela sogra por não engravidar.

Após nove anos de casados, ela engravidou. O casal comentou que ficou imensamente feliz. Dois anos depois, A engravidou novamente, sem planejamento. Eles destacaram que foi uma fase difícil, já que A trabalhava e fazia curso de pós-graduação em Propaganda e Marketing. Desse modo, os filhos ficavam sob os cuidados das avós materna e paterna, o que causava sofrimento em A por ter que deixar os filhos, *"eu sonhei tanto em ter filhos, e quando consegui, tive que deixar para outros cuidarem."* (sic)B relatou em tom acusatório, que as dificuldades entre ele e a esposa intensificaram-se com a gravidez do segundo filho. Desta maneira, a esposa passou a implicar com ele por causa dos roncos durante o sono, exigindo que dormisse em outro local. Desde então, passaram a dormir separados.

Durante os atendimentos, a esposa colocava-se numa posição agressiva em relação ao esposo, principalmente quando este mencionava sobre a convivência com seus pais. Por ser filho único, ele se sentia responsável pelos cuidados com os pais, em especial com o pai, que além do transtorno bipolar apresentava outras enfermidades (mal de Parkinson, hipertensão arterial). A, de forma enfática, acusava o esposo de se dedicar mais à família de origem e também aos filhos. Atestou estar cansada por implorar a atenção do esposo.

B, por sua vez, não se colocava de forma agressiva enquanto a esposa comentava sobre seus familiares. Demonstrava certo carinho, em especial, pelo sogro. Porém, era enfático ao afirmar que A deveria ter algum tipo de transtorno mental, já que apresentava comportamentos contraditórios. Exemplificou que apesar dela reclamar atenção por parte dele, mantinha relacionamentos virtuais. Demonstrou-se inconformado pelo fato de A ter passado informações sobre o relacionamento conjugal deles para pessoas com as quais se relacionava virtualmente. Este assunto gerou durante o atendimento, trocas de acusações de ambos os lados.

Grosso modo, percebe-se que o casal apresenta acentuada falha na comunicação. Portanto, decidiu-se junto a eles, trabalhar este aspecto que dificulta o

relacionamento conjugal.

c) Compreensão parcial da dinâmica do casal

Considerando a estória familiar da esposa, nota-se que o trauma vivido por sua família em decorrência da perda do irmão anterior a ela, possivelmente contribuiu com a fragilidade da figura parental. A mãe dela durante as discussões com o marido, agia de forma intempestiva, chegando a se ausentar por dias da residência. Por outro lado, o pai dela também se tornava ausente ao se dedicar ao trabalho. Desse modo, A ficava sob os cuidados da irmã mais velha. Por tudo isso, conjectura-se que a figura parental falhou ao não transmitir segurança e continência a A.

Dessa forma, sentimentos negativos vividos por ela em sua família de origem, são transferidos e reeditados em sua família nuclear assim como na relação dela com os pais de seu esposo. A reconheceu que o esposo é um pai afetuoso e atencioso e, igualmente um filho extremamente preocupado com os pais. Por outro lado, reclamou que enquanto companheiro deixava a desejar. Desta maneira, a esposa se vê em desvantagem em relação aos cuidados que o esposo dispensa aos filhos e aos pais dele.

Pode-se conjecturar que os sentimentos negativos nutridos por A pela figura materna são transferidos para a sogra. Portanto, revive o conflito edípico ao disputar o marido com a sogra. B, por sua vez, mantém-se fiel à mãe, rivalizando com a esposa, por identificar nela características da figura paterna, tais como: a instabilidade de humor e a agressividade com as pessoas com as quais convive.

Corroborando com esta idéia, Féres-Carneiro (1995) aponta que a união entre o casal acontece como resultado de um jogo não confessado, quase sempre em função de um mesmo conflito não elaborado. Isto é, *"os cônjuges se unem por supostos comuns, quase sempre inconscientes, e com a expectativa que seu parceiro o liberte de seu conflito."* (p.68)

Gomes (2007) aponta que atualmente, a Psicanálise de família vem esboçando *"a influência dos modelos parentais (família nuclear) na escolha e estabelecimento dos vínculos conjugais e familiares."* (p.55) Pode-se dizer que isso ocorre através de uma

transmissão psíquica transgeracional.

Correa (2000) apud Gomes (2007) aponta dois tipos de transmissão psíquica geracional, a saber:

> *"A transmissão psíquica intergeracional seria aquela que "inclui um espaço de metabolização do material psíquico transmitido pela geração mais próxima e que, transformado, passará à seguinte"* (p.65) *Já a transmissão psíquica transgeracional se refere ao material psíquico da herança genealógica não transformada e não simbolizada, apresentando assim vazios e lacunas na transmissão, de modo que "o significado aponta para o fato psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações."* (65).

Considerando os aspectos oriundos da família nuclear de cada um dos cônjuges, acredita-se que a escolha amorosa deu-se de forma inconsciente por transmissão psíquica transgeracional. Assim, o casal não tem consciência do que efetivamente os liga. Pode-se conjecturar que as escolhas de ambos estão embasadas numa dificuldade na elaboração edípica.

Na realidade, ambos apresentam conflitos com as figuras objetais do passado. Portanto, não conseguiram se constituir enquanto um casal, mantendo-se presos numa repetição dos padrões interacionais familiares.

Nesse jogo, A transfere aspectos destrutivos à sogra e ao esposo, que representam simbolicamente seus pais da infância. Por outro lado, B também transfere aspectos destrutivos à esposa, que foram vivenciados com o pai, em decorrência do transtorno bipolar. Ao mesmo tempo, em que ele se coloca ao lado da mãe, pela qual devota uma grande admiração pela dedicação ao pai. Neste casamento, tal como sua mãe, vê-se na responsabilidade de não abandonar a esposa, já que esta simbolicamente representa seu pai.

Conclusão

Inicialmente, ao trabalhar com a tríade mãe-filhos, tornou-se perceptível que

as dificuldades manifestadas pelo filho mais velho, escondia as dificuldades que seus pais reviviam e reeditavam, em decorrência das vivências de suas famílias de origem. Portanto, percebeu-se a necessidade de sugerir a psicoterapia de casal.

Após o término da terapia familiar com a tríade mãe-filhos e com a decisão do casal em participar da terapia de casal, torna-se possível tecer algumas considerações a despeito do atendimento que ainda está em andamento.

Gomes (2007), ao discorrer sobre a dinâmica das relações conjugais, enfatiza que, *"desde Freud, com as séries complementares temos o prenúncio do estudo dos pares complementares e das escolhas inconscientes na constituição dos casais"*. (p.55).

Considerando o trabalho que vem sendo desenvolvido com o casal, nota-se que tanto o esposo quanto a esposa, viveram sentimentos ambivalentes em decorrência de possíveis falhas em suas primeiras relações objetais. Portanto, compreende-se a importância de que o casal se conscientize de aspectos conflituosos que vêm se repetindo transgeracionalmente.

Para isso, valemo-nos das contribuições de Cerveny, ao postular a importância de detectar as repetições que se fazem por meio do padrões interacionais familiares. Isso pode levar a mudanças na dinâmica familiar quando ocorre a compreensão dos conflitos anteriores que se repetem no presente. De acordo com essa autora, "(…) *muitas vezes, em uma sessão de casal ou família, quando os indivíduos se dão conta de suas repetições, já começa um processo de mudança" (* CERVENY, p. 33, 2001)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPER, R. Fatos Imateriais. A descoberta de Freud da realidade psíquica e o desenvolvimento kleiniano do trabalho de Freud. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1998

CERVENY, C. M. A família como Modelo- desconstruindo a patologia. São Paulo, Ed. Livro Pleno, 2001.

CRAMER, B. Intervenções Terapêuticas Breves com os Pais e Crianças. Metodologia e Técnica, 1974.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casais em terapia: um estudo sobre a manutenção e a ruptura do casamento. J Brás Psiq. 44(2) p.67-70; 1995

FIORINI, J.H. Teoria e Técnica das Psicoterapias. Editora Martins Fontes, São Paulo, 1982.

GOMES, I. C. Uma clínica específica para casais- Contribuições teóricas e técnicas. São Paulo. Editora Escuta, 2007.

KARACRISTO,S E TARDIVO, LSPC- UMA FAMÍLIA ENLUTADA COMPARTILHANDO A DOR: POSSIIBILIDADES A PARTIR DOS DESENHOS DE FAMÍLIAS COM ESTÓRIAS **in** TARDIVO, LSP.LC. E GIL, C A - *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER, 2008

MINUCHIN, S. Famílias: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

POSTER 18

O BRINCAR COMO EXPERIÊNCIA DE REVIVÊNCIA PARA PACIENTES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA CRUZ – SALTO DE PIRAPORA/SP

Daniella Rodrigues Lopes
Fernanda Bonadia S. Lolato
Talita Morgan A. Cavalheiro
Tatiane Guimarães Pereira

Durante toda história da humanidade a loucura foi vista de acordo com o contexto sócio-cultural presente na época e em dada sociedade. Atualmente, a recomendação pragmática que nos convida a ver o sujeito como entidade está sempre aberta a novas redescrições. A partir desta premissa, propusemos uma tentativa de criar um espaço para que os pacientes pudessem, dentro dos limites e possibilidades de cada um, trabalhar a interação social por meio da oficina terapêutica com brincadeiras praticadas na infância. Busca-se também estimular através do lúdico o resgate de situações prazerosas através das brincadeiras típicas da infância a partir da consigna que recorressem às lembranças das experiências de brincadeiras vividas na infância.

Foram realizados seis encontros com os pacientes que participavam de maneira voluntária. Foram utilizados recursos como rádio, bambolê, bolas, e no último encontro, materiais para a confecção de brinquedos.

Através das brincadeiras, conseguimos estimular lembranças infantis, de familiares e relatos de situações marcantes. Constatamos que esta oficina foi um instrumento de expressão possibilitando a comunicação emocional e o exercício da criatividade.

Palavras-chaves: brincar no hospital, revivências infantis, oficina terapêutica

Introdução

1.1 Breve histórico da Psiquiatria no Brasil

Durante toda história da humanidade a loucura foi vista de acordo com o contexto sócio-cultural presente na época e em dada sociedade. Atualmente, segundo Costa (2007), a recomendação pragmática que nos convida a ver o sujeito como entidade está sempre aberta a novas redescrições. Esse olhar atual é bastante divergente dos psiquiatras da liga brasileira de higiene mental (1920), um grupo de profissionais da saúde dessa época. Costa (2007) cita sobre essa liga que todos partiam de escolhas morais que recalcavam e por isso se convenceram de que olhavam o mundo sem pressupostos, com uma espécie curiosamente inocente, intocada por crenças morais.

Esse autor estudioso da História da Psiquiatria no Brasil refere-se ao trabalho de todos envolvidos com essa frente: estar atento a filiação cultural dos saberes empíricos sobre o sujeito, significa, justamente apoiar-se no pilar invariável e irrevogável do respeito à vida, à liberdade e à integridade físico-moral do indivíduo (Costa, pg 9)

1.2 Histórico do Hospital Santa Cruz

O Hospital Psiquiátrico Santa Cruz foi fundado em 1977 na cidade de Salto de Pirapora para atender à comunidade. Sua missão é o tratamento de usuários portadores de doenças e distúrbios psiquiátricos, adultos de ambos os sexos.

Contam com aproximadamente 550 pacientes e com um quadro de 200 funcionários. Esses compõem uma equipe multidisciplinar de assistentes sociais, auxiliar de enfermagem, dentista, enfermeiros, fonoaudióloga, farmacêutica, médicos, nutricionista, Professora de Educação Física, Psicólogos, Recreacionistas, Terapeutas Ocupacionais entre outros profissionais de apoio que trabalham em conjunto para reinserção do cliente à sociedade, proporcionando uma melhor qualidade de vida a eles, norteado pelo tema: “Igualdade para os diferentes.”

1.3 Oficina Terapêutica

A palavra “oficina” vem do latim, que significa local de ofício, onde ocorre o feitio da arte de alguns artistas. Essa prática é usada no campo das ciências humanas, sendo muito atual seu uso para fins terapêuticos, como conceitua Tenório (2001): trata-se de um dispositivo grupal que tem sido utilizado como recurso terapêutico no âmbito da reforma psiquiátrica.

As oficinas terapêuticas são diversas, e portanto variam de objetivos e formas de praticá-las, com o tema em comum que é propiciar um espaço de criação de algo, que depende de seu objetivo. Para Campos (2005), a oficina comporta vários objetivos em uma ação: aprender o ofício, produzi-lo, mostrar e dentro do grupo compartilhar e ter uma identidade de sujeito criador.

De acordo com Lélis e Romera (1997), a vida é um próprio ofício, onde numa oficina trabalhamos formas de ser e de se tratar antigas questões. Com seus dizeres elas complementam:

(...)Tentamos reinventar o encontro e o desencontro entre uma lógica da razão e uma da desrazão, entre uma lógica do que se espera e uma lógica da própria espera, entre uma lógica que deveria ser e uma aquilo que é ou pode ser (pg. 41).

Segundo estudos de (VALLADARES; LAPPANN-BOTTI; N. C.; MELLO; KANTORSKI; SCATENA) alguns princípios básicos que deveriam nortear o processo das oficinas terapêuticas seriam: todos os indivíduos podem e devem projetar seus conflitos internos sob forma plástica, corporal, literária, musical, teatral etc; valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do paciente; fortalecimento da auto-estima e da autoconfiança; visa a reinserção social os usuários; Inter e transdisciplinariedade: uma “miscigenação” de saberes e intervenções; Intersecção entre o mundo do conhecimento psíquico e o mundo da arte, pela expressão da subjetividade; Reconhecimento da diversidade.

Em suma, podemos considerar que atualmente as oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania e a expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte.

2. Objetivos Gerais

Trabalhar através das brincadeiras infantis a interação social bem como retomar questões e situações vividas na infância, e entrar em contato com conceito de regra.

3. Objetivos Específicos

- Analisar os limites e possibilidades cognitivas, motoras e psíquicas dos pacientes para a interação social por meio de atividades lúdicas
- Estimular através do lúdico que os pacientes resgatem situações prazerosas através das brincadeiras típicas da infância

4. Justificativa

Como afirma Campos (2005), a oficina quando ligada à arte gera uma possibilidade de expressão transformadora. Dessa maneira, trabalhar com oficinas de brincadeiras é criar um ambiente favorável e acolhedor para deixar aflorar seus sentimentos e expressá-los através dessas brincadeiras. Essa maneira lúdica amplia a possibilidade dos pacientes se integrarem, e assim, estreitar o vínculo entre eles a partir da premissa que no brincar ocorre a conjugação e a síntese do pensamento e ação, entre o abstrato e o concreto.

Vários autores citam que o brincar é fundamental para a liberdade, considerando a capacidade de cada paciente de simbolização, mas ainda assim cada um constrói sua maneira de lidar e aproveitar o momento da oficina.

Leonardi (2005) cita conceitos do ato de brincar para vários autores:“para Winnicott o brincar individual aliado ao brincar com o outro, visa dar sustentação ao lúdico presente no ato de aprender; para Paulo Freire é a utopia como necessidade fundamental do ser humano, solidificando a idéia da busca de um sonho em cada ação diária; e por último Freinet e sua máxima: “Ao invés de procurar esquecer a infância, acostume-se a revivê-la (1996 p. 23)”.

É fato que as doenças mentais afetam o relacionamento interpessoal dos pacientes. É por isso que é produtivo desenvolver a oficina das brincadeiras, pois através dessas que

exercitamos e aprendemos as relações com o outro. Baseado nessa idéia, Moyles (2002) apresenta uma visão de brincar, relacionada mais aos aspectos educativos. A autora entende esta atividade na perspectiva do desenvolvimento como um processo que ajuda a criança e/ou o indivíduo a confiar em si mesmo e em suas capacidades para interagir socialmente com outras crianças e/ou com os adultos.

Portanto é visto que é importante a prática da oficina para esses pacientes, dos benefícios que o ato de brincar pode proporcionar.

A dificuldade dos pacientes com doenças mentais de estabelecer parâmetros de convívio deixa claro que sua percepção de regras e limites podem esbarrar na sua aceitação e seu conseqüente convívio perante a sociedade. Essa percepção pode vir da própria debilidade da doença, seja ela biológica ou emocional.

A partir desse contexto, verifica-se que a atividade lúdica com regras permite analisar as características individuais e a partir disso estimulá-los a perceber e desenvolver suas capacidades.

Além de todos esses benefícios que a brincadeira proporciona, outro característico é a estimulação do prazer, favorecendo o bem estar fisiológico e emocional com emissão de hormônios como a endorfina, noradrenalina, a acetilcolina e a dopamina cujos efeitos principais da estimulação de acordo com Neeb(1997) são: melhoram o estado de espírito (bom humor); aumentam a resistência, aumentam a disposição física e mental, melhoram o nosso sistema imunológico, bloqueiam as lesões dos vasos sanguíneos, têm efeito anti-envelhecimento, pois removem superóxidos (radicais livres), aliviam as dores, apresenta importante desempenho nas funções cognitivas superiores, tais como a aprendizagem e a memória, eficazes no retardamento da degeneração do sistema nervoso central.

Vale à pena ressaltar que o desequilíbrio de dopamina no organismo está associado à patologia da Esquizofrenia (Neeb, 1997).

E dentre todos esses benefícios ressalta-se também que a brincadeira permite a aproximação das pessoas, estreitando vínculos bem como a criação de espaço para o surgimento de lembranças.

A partir de estudos de Neeb(1997) a ausência de relações interpessoais satisfatórias estaria assim na origem da esquizofrenia. Ela cita que as teorias psicanalíticas (...) remetem para a fase oral do desenvolvimento psicológico, na qual a ausência de gratificação verbal

ou da relação inicial entre mãe e bebê conduz igualmente as personalidades “frias” ou desinteressadas (ou indiferentes) no estabelecimento das relações.

Com este perfil o individuo esquizofrênico traz consigo dificuldades nas relações. Pensando-se na oficina como pratica terapêutica que se faz presente o acolhimento, como parte dessa atividade. Segundo Winnicott (1945), “o princípio básico é o fornecimento de um setting humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa da sua própria ansiedade ou culpa, sua própria necessidade de alcançar o sucesso.” Dessa forma, consta-se que a escuta e continência produz efeitos terapêuticos.

Nos estudos de Tardivo (2004) ela afirma que para ”os pacientes atendidos em grupo são apresentadas materialidades de diversas naturezas com o objetivo de facilitar a comunicação emocional entre os pacientes, propiciando assim um encontro inter-humano que ao favorecer o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo promova o alívio do sofrimento”.

Sob a referência teórica de Winnicott (1971) um dos elementos centrais do desenvolvimento emocional é a comunicação entre terapeuta e paciente embasada no brincar. Ao brincar, tanto o bebê, a criança e o adulto estabelecem uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo por meio do espaço transicional.

Referindo-se à Psicanálise em geral, a autora Tardivo comenta que essa teoria foi elaborada e desenvolvida como forma altamente especializada de brincar completando que “(...) a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas de brincar, a do paciente e a do terapeuta”. Completa essa perspectiva citando os dizeres de Winnicott:

“(...) é por meio do brincar q o indivíduo poderá atingir a criatividade, utilizando sua personalidade de modo integrado e descobrindo o self (Winnicott,1971), o brincar reflete a forma que o indivíduo relaciona-se com a realidade externa.

Portanto a oficina de brincadeiras resulta importante instrumento para a promoção da interação social bem como o retomar de questões e situações vividas na infância, e entrar em contato com conceito de regra.

5. Método

Sujeitos: pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Santa Cruz. Os participantes da Oficina não eram fixos e pertencentes a diversas alas do Hospital. Os materiais utilizados foram: bambolê, rádio portátil, bolas, brinquedo vai e vem, jornal, papel crepon, durex colorido, barbante, copo plástico, feijão.

6. Procedimento

As oficinas aconteceram em seis encontros:

1º encontro (13/09/2008): A oficina foi praticada numa área fechada, pelo fato de estar chovendo. Iniciamos com brincadeira de bola, em seguida colocamos CD com músicas infantis, com o objetivo de identificar a percepção de corpo e consciência de si, e também coordenação motora.

2º encontro (20/09/2008): Primeiro contato com os pacientes na quadra. Iniciamos com a apresentação da Oficina. Brincamos de batata quente, chefinho mandou, estátua, passa anel, escravos de Jó, com o objetivo de estabelecer um vínculo e ter um contato breve. Finalizamos cantando músicas infantis.

3º encontro (04/10/2008): A oficina foi feita na quadra, com atividades como vôlei, praticada com bola grande e amarelinha. O obejtivo foi de explorar o equilíbrio físico, coordenação motora, concentração e conceito de regra.

4º encontro (18/10/2008): Nesse encontro, desenvolvemos gincanas com bola, vinculando questões de seqüência de movimentos, conhecimento de frutas e animais, “golzinho” e vôlei. Nosso objetivo foi de explorar o cognitivo, conceito de regras; coordenação motora, atenção e agilidade, limites da esfera emocional e cognitiva, memória e vocabulário.

5º encontro (25/10/2008): Foram feitas as atividades na quadra, colocando em prática jogos como vôlei e pênalti. O objetivo foi de trabalhar com conceito de regra, coordenação motora, frustração e questão de disciplina.

6º encontro (01/11/2008): Utilizamos na oficina brinquedos como “Vai e vem”, outros feitos por nós estagiários como: balangandã e chocalho.

Nosso objetivo, pelo fato de ser último dia, era trabalhar sensações corporais, como: visual e auditivo, como consequência a coordenação motora.

Houve um grande interesse nos brinquedos confeccionados pelos estagiários, até mesmo pelos pacientes com grandes limitações motora, mostrando-nos um esforço maior na utilização dos brinquedos.

Informamos que não haveria mais oficinas, o que eliciou sentimentos ambíguos de alegria por estarem com os brinquedos, mas também de tristeza pelo encerramento das atividades.

7. Discussão

Usar outro tipo de linguagem, que é o lúdico, o brincar, recuperar alguma lembrança de sua infância, à principio foi algo questionado pelo grupo, pois propor brincadeiras infantis poderia levantar algumas experiências não positivas para alguns pacientes, e então o receio de que forma eles agiriam diante disso. Em contrapartida, chegamos num consenso que mesmo que as oficinas pudessem levantar algumas questões do passado, seria um momento de descontração, de interação e de buscar alcançar os objetivos específicos elaborados.

A cada encontro, as singularidades emergiam e assim, cada paciente adaptava-se às atividades propostas e fazia uso daquele espaço para o exercício da criatividade.

A partir da teoria Winnicottiana, a criatividade revela-se como uma dimensão da existência humana, a qual transcende no sentido de desempenho apenas do indivíduo, mas reflete também como um potencial dos indivíduos para produção material e simbólica presente nas relações sociais. Portanto, o “fazer” e a “ação” como os principais referenciais para os fenômenos transicionais; é o que permitirá, igualmente, perceber o homem em sua

dimensão pragmática da vida, por meio da qual o sujeito vai confrontar os objetos externos, recriá-los, respeitá-los e modificá-los, dando à realidade a “face humana de seu criador” (2004, p. 111).

As atividades tinham que ser planejadas com cuidado pois nem todos os pacientes tem suas condições físicas e motoras preservadas, outros não tinham a fala. As brincadeiras não podiam excluir nenhum paciente e tinham que ser adaptadas as suas condições. Caso algum deles tivesse alguma dificuldade em vincular-se à brincadeira procurávamos dar uma atenção especial para ele mediando a situação entre o individuo e o grupo visando a integração.

Houve um grande interesse nos brinquedos confeccionados, até mesmo de pacientes com grandes limitações motora, mostrando-nos um esforço maior na utilização dos brinquedos.

Baseado nessas idéias é notório que a oficina foi um instrumento de expressão dos pacientes para colocar-se da maneira que são nas suas relações cotidianas, isto é, de que forma age e percebe a realidade, o mundo externo.

8. Resultados

Dentro das atividades propostas conseguimos atingir nossos objetivos no que se refere a exteriorização da historia de vida de alguns pacientes.

Através das brincadeiras, conseguimos estimular as lembranças da infância de cada um deles juntamente com outras lembranças referente a familiares e situações marcantes, que foram trazidas através de brincadeiras também propostas por eles e de conversas durante as atividades. Nosso objetivo por se tratar de uma proposta de resgatar sentimentos, criou uma facilidade maior em estabelecer vínculo, o que facilitou também nosso contato com eles que passaram a interagir assim trazendo mais conteúdos.

Além dos objetivos gerais e específicos que planejamos, pensamos na possibilidade de fazer com que os pacientes vivenciassem momentos de alegria e bem-estar.

8. Referências Bibliográficas

CAMPOS, F. N. Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um Caps em Uberlância. 2005. Tese de mestrado: Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

COSTA, J. F. Historia da Psiquiatria no Brasil, 2007 pg 9

_____. O vestígio e a aura : corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

FREINET, C. Pedagogia do Bom Senso. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LELIS, C.; ROMERA, M. L. C. Musicoterapia nas oficinas terapêuticas. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: 1997. 2 (3). p. 41-49

LEONARDI, G. A atuação da psicopedagogia no terceiro setor: Em busca de um espaço amplo de ação em resgate da cidadania. *Constr. psicopedag.*, 2005, vol.13, no.10, p.0-0. ISSN 1415-6954.

MOYLES, J. R. (2002). *Só brincar? O papel do brincar da educação infantil.* Porto Alegre: Artmed.

NEEB, K. (1997), Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental, Loures, Lusociência.

TARDIVO, L. S. L. P. C.. O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e o APOIAR: fundamentos e propostas. Revista de Psicologia da Editora Vetor, São Paulco, v. 5, n. 1, p. 40-47, 2004.

TENÓRIO, F. A psicanálise: e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001. 167 p.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais*. Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 04 – 09, 2003.

WINNICOTT, D. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Nome: Tatiane Guimarães Pereira

Tel.: 1532229428

Email: tatianeguima@hotmail.com

Cidade: Sorocaba

;

Estado: SP

Cursando: Psicologia

Semestre: Decimo

Faculdade: Unip Sorocaba

POSTER 19

AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS ACIMA DE 65 ANOS COM BAIXA ESCOLARIDADE

Ana Maria Thomé
Serrao, V.T.,
Jungerman, F.S.,
Lúcia, M.C.S.,
Scaff, M.,
Miotto, E.C.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estudo investiga a correlação entre prejuízo cognitivo e mazela social, destacando a variável baixa *escolaridade* como importante prognosticador. Pesquisas indicam a possibilidade da educação formal incidir positiva ou negativamente sobre a cognição. OBJETIVO: Avaliar a performance em testes neuropsicológicos de idosos com 65 anos ou mais com baixa escolaridade e que vivem em situação de risco social. MÉTODO: Sujeitos: Quinze idosos saudáveis a partir de 65 anos de ambos os sexos, com dois a oito anos de escolaridade. Critérios de Inclusão: Ausência de comprometimento neurológico ou psiquiátrico. Procedimentos Aplicação de instrumentos neuropsicológicos avaliando AVD básicas/instrumentais, Funções Intelectuais, Mnésticas e Executivas, Humor, Linguagem, Atenção e Praxias. RESULTADOS: Os resultados indicaram desempenho abaixo da média na maioria dos testes, salvo nos itens memória de curto prazo, linguagem e atenção seletiva. CONCLUSÃO: É possível que a baixa escolaridade acentue o declínio cognitivo de idosos atingindo, primordialmente, as funções mnésticas e executivas. Todavia, outras variáveis, como qualidade de vida e nível sócio-econômico, poderão impactar no funcionamento cognitivo dos indivíduos

Palavras-chaves: idosos, funcionamento cognitivo,avaliação neurospsicológica

INTRODUÇÃO

O Brasil atual assiste ao aumento em seus índices de expectativa de vida e aumento de sua população idosa (IBGE, 2008). Este fenômeno vem provocando mudanças na forma do país se posicionar em relação ao envelhecimento (LEBRÃO & DUARTE, 2003). Conseqüentemente, o advento da lei nº 10.741 (2003), mais conhecida como Estatuto do Idoso e a recente promulgação da portaria nº 2.528, aprovando a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (2006), refletem a preocupação crescente da sociedade - bem como dos profissionais de saúde nos três níveis de atenção - sobre como o brasileiro chega à senescência (MARTINS & MASSAROLLO, 2008; SILVESTRE & NETO, 2003; VITIELLO, CIRÍACO, TAKAHASHI & CARAMELLI, 2007).

Paradoxalmente, no Brasil, a mesma estatística que aponta para índices favoráveis na expectativa da vida também revela o cenário, ainda não superado, de vulnerabilidade social, traduzido em elevadas taxas de analfabetismo, baixa qualidade das escolas públicas brasileiras, baixa qualidade alimentar da população, condições de moradia inadequada, violência e acesso restrito aos serviços de saúde (LIMA-COSTA, MATOS & CARAMANO, 2006; IBGE, 2008).

Estudos procuram investigar a correlação entre prejuízo no campo neurológico e mazela social, sugerindo a influência deste fator sobre o primeiro e destacando a variável *escolaridade* como importante prognosticador do funcionamento cognitivo ao longo do ciclo vital (FUSIKAWA, LIMA-COSTA, UCHOA & SHULMAN, 2007; JONES, YANG, ZHANG, KIELY, MARCANTONIO & INOUVE, 2006; McDOWELL, XI, LINDSAY & TIERNEY, 2007; SULANDER, MARTELIN, SAINIO, RAHKONEN, NISSINEM e UUTELA, 2006; VAN HOOREN, VALENTIJN, BOSMA, PONDS, VAN BOXTEL & JOLLES, 2007).

McDowell et al (2007) sugerem forte ligação entre baixo nível educacional e risco aumentado de demência, vinculando poucos anos de estudo e incidência aumentada de neuropatologia, em especial a Doença de Alzheimer. Já Jones et al (2006), observam que a baixa escolaridade poderá resultar em risco aumentado para delírio do idoso hospitalizado, quando comparado a senescentes igualmente hospitalizados, mas com níveis mais altos de anos de estudo.

Fritsch, McClendon, Smyth, Lerner, Friedlan e Larsen (2007) sugerem que o nível educacional adquirido no início do ciclo vital influencia diretamente o funcionamento cognitivo global, em fatores como memória episódica, fluência verbal e velocidade de processamento.

Dessa forma, a partir das relações apontadas por inúmeros estudos que associam baixa escolaridade ao funcionamento cognitivo deficitário e adoecimento neuropatológico, o presente estudo buscou investigar o desempenho em testes neuropsicológicos que avaliam as funções cognitivas em idosos sem diagnóstico de demência, com no mínimo dois e no máximo oito anos de estudo formal.

MÉTODO

Sujeitos

O presente estudo deteve-se sobre a avaliação neuropsicológica de quinze sujeitos acima de 65 anos de idade em situação de vulnerabilidade social, moradores de uma favela localizada no extremo leste da cidade de São Paulo.

O local caracteriza-se pela ocupação irregular e um grande número de casas erguidas em área de risco (THOMÉ, RIBEIRO, PAES, DAVID & SILVA, 2007). Trata-se do terceiro distrito de maior vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (2008). A taxa de analfabetismo da região é de 6,95%, superando a do município de São Paulo, no patamar de 4,89 % em 2000 (SEADE, 2008; THOMÉ et al, 2007).

Foram excluídos da amostra idosos com história prévia de psicose, demência, bem como qualquer quadro neuropatológico. Uma avaliação preliminar das condições cognitivas dos participantes foi feita através do Mini-Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI, BRUCKI, CAMPACCI & JULIANO, 1994).

A partir dos resultados obtidos, foram selecionados sujeitos de ambos os sexos que pontuaram acima do ponto de corte de escolaridade de acordo com seu nível educacional (ou seja, maior que 21 para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade; 21 a 24 para sujeitos com 4 a 7 anos de escolaridade; 26 ou acima deste valor para pessoas com mais de 7 anos de escolaridade). Observa-se, ainda, que a totalidade de participantes passou por avaliação com examinadora treinada.

Instrumentos

Inicialmente, os participantes foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada que investigou fatores como condição de saúde atual do participante, presença de queixa de memória, humor, condições das AVDs, bem como medicação e exames realizados recentemente (últimos doze meses). Posteriormente, o Mini-Exame do Estado Mental em uma versão adaptada (BERTOLUCCI, 1994), foi administrado. Em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado ao participante e seu acompanhante. Após assinatura do TCLE, os seguintes instrumentos neuropsicológicos foram aplicados:

Humor: aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30 itens) (YESAVAGE, 1983) e o módulo de humor para diagnóstico de depressão maior da escala Prime MD (SPITZER, WILLIAMS, KROENKE, LINZER, GRUY, HAHN & BRODY, .

Atividades de vida diárias básicas e instrumentais: para avaliação das AVDs básicas, utilizou-se a escala Katz (KATZ, FORD, MOSKOWITZ, 1963). Já para avaliação das condições das atividades da vida diária instrumentais foi utilizada a escala Pfeffer (PFEFFER, KUROSAKI, HARRAH, CHANCE & FILOS, 1982).

Funções Intelectuais: para mensuração do QI estimado, foram utilizados os subtestes Vocabulário e Matrizes da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos Terceira Edição – WAIS III (NASCIMENTO, 2004; RINGE, SAINE, LAURA, LINDA & COLLUM, 2002)

Funções Mnésticas: a memória de curto prazo foi avaliada através do subteste Dígitos ordem direta e inversa - WAIS – III (NASCIMENTO, 2004). Já a memória de longo prazo foi mensurada através do Hopkins Verbal Learning Test Revised - HVLT-R (BRANDT BENEDICT, 2001), especificamente para escrutínio da memória episódica de evocação verbal. A mensuração da memória episódica de evocação visuo-espacial foi feita com o Brief Visual Memory Test Revised - BVMT-R (BENEDICT, 1997).

Linguagem: Foi avaliada através do Boston Naming Test. (STRAUSS, SHERMAN, SPREEN, 1998).

Atenção e Função Executiva: A mensuração da fluência verbal nominal foi mensurada através do teste FAS, sendo que a fluência verbal categórica foi escrutinada através do teste de fluência verbal categoria animais. (STRAUSS, 1998). Também foi utilizado o Teste de Wisconsin em sua versão reduzida (NELSON, 1976), composta por 48 cartas e quatro cartas-estímulo. Já exame da atenção seletiva foi feito através do Stroop Test (versão Victória). A atenção sustentada e alternada foi averiguada através do Trail Making Test -

TMT – Formas A e B, respectivamente (STRAUSS, 1998).

Praxias: Tanto o planejamento visuo-receptivo quanto o visuo-motor foram mensurados com o Teste do Desenho do Relógio (STRAUSS, SHERMAN, SPREEN, 2006).

Procedimento

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada investigando dados pessoais, demográficos, condição médica, uso de medicação, história prévia de doenças neurológicas e psiquiátricas, antecedentes pessoais, escolaridade e ocupação prévia e atual. Em uma segunda ocasião, com intervalo máximo de sete dias, as demais funções cognitivas (Atenção, Função Executiva, Linguagem) foram avaliadas.

O contato com o cuidador se deu na mesma data da entrevista estruturada. O mesmo foi informado da finalidade da avaliação e do caráter voluntário da participação. Após estes esclarecimentos, o cuidador foi convidado a responder às questões da Escala Pfeffer (Pfeffer et al, 1982). Salienta-se que a aplicação da escala foi feita sem a presença do participante. Todavia, foi informado ao examinando - no momento do convite para participação na presente pesquisa - da necessidade de coleta de informações com seu familiar.

RESULTADOS

Os resultados obtidos nas avaliações foram submetidos a uma análise exploratória que investigou fatores como média e desvio-padrão, relativas aos resultados brutos, através do programa Excel Office 2003 da Microsoft®. O percentual de cada item avaliado também foi calculado com o propósito de estabelecer comparações estatísticas pertinentes.

O presente estudo contou com participantes de ambos os sexos, sendo 34% do sexo masculino e 66% do sexo feminino. As idades variaram entre 65 e 80 anos (M=70,6; DP=4,97), com a seguinte distribuição: 47% dos participantes encontravam-se na faixa etária 65 a 70 anos, 34% possuindo entre 70 a 75 anos e 19% dos participantes em idades entre 75 a 80 anos. A renda familiar média é de três salários mínimos (M= 3; DP=1,35), sendo que 87% dos examinandos contribuem financeiramente com as despesas da casa.

Em relação ao nível educacional, os participantes possuíam uma média de 3,8 anos de estudo formal (DP=2,35). Destes, 46% freqüentaram a escola por dois anos, 20% por quatro anos, 20% por oito anos, 7% por cinco anos e 7% por três anos. Quatro participantes (27%) foram alunos repetentes. A totalidade da amostra (100%) é destra.

Em relação às AVDs básicas, quatro sujeitos (26,6% da amostra) pontuaram na classificação de “parcialmente preservado”. Nas AVDs funcionais, apenas um idoso apresentou escore para comprometimento (6,6%). Já na mensuração do humor, a escala Prime MD não detectou nenhum caso de transtorno depressivo prévio ou atual. Já a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1983) pontuou indicativamente para depressão três sujeitos (20% da amostra).

Em relação ao desempenho nos testes neuropsicológicos, o Quadro 1 mostra a performance do grupo de participantes segundo a Média e Desvio Padrão em cada função cognitiva avaliada. O Gráfico 1 (anexo) indica a porcentagem de sujeitos que atingiram escores abaixo da média, na média ou acima da média em cada instrumento.

É possível observar um desempenho global abaixo da média na maioria dos testes propostos na avaliação, salvo nos itens memória de curto prazo (66,6% da amostra acima da média), linguagem (40% acima da média e 26,7% no nível médio) e atenção seletiva (60% dos sujeitos com escore médio). Entretanto, a performance nos demais instrumentos encontrou-se significativamente abaixo da média.

As funções mnésticas tiveram escores baixos. 93,3% da amostra obteve escore abaixo da média no item memória visuo-espacial episódica de evocação imediata. O mesmo fenômeno pôde ser observado em relação à mensuração da memória visuo-espacial episódica de evocação tardia (100% abaixo da média) e de reconhecimento visuo-espacial (igualmente, 100% abaixo da média).

Baixos escores também puderam ser detectados na mensuração do Funcionamento Executivo, em fatores como fluência verbal nominal (60%), fluência verbal categórica (93,3%) e flexibilidade mental, abstração e formação de conceitos (86,6%), no escrutínio de dois fatores dos processos atencionais, (atenção sustentada em 86,8%, e atenção alternada 60%) e na averiguação da Praxia, com 80% dos sujeitos pontuando abaixo da média.

DISCUSSÃO

Na avaliação das funções mnésticas, é possível observar, no gráfico 1 que os resultados referentes à memória de curto prazo diferem expressivamente do restante, ou seja, há um percentual majoritário cuja classificação encontra-se acima da média (66,6% da amostra). Entretanto, no exame da memória verbal episódica de evocação imediata e tardia, há declínio no escore da amostra total, característica dramaticamente ampliada na mensuração da memória visuo-espacial episódica imediata, tardia e de reconhecimento.

Resultados abaixo da média puderam ser observados também em relação às Funções Executivas, Praxia e na maioria dos processos atencionais (excetuando-se os resultados referentes à atenção seletiva, onde 60% da amostra obteve classificação média). De acordo com Argimon e Stein (2005), o declínio das funções cognitivas pela senescência é mais facilmente observado em atividades que requeiram atenção, concentração, rapidez e raciocínio indutivo.

Já na mensuração da linguagem, 40% da amostra obteve escore acima da média, 26,7% na média e 33,3% abaixo da média. Este aspecto chama atenção, na medida em que Machado, Correia e Mansur (2007), em estudo que contou com 56 idosos brasileiros, demonstraram que o número de anos de estudo impacta diretamente sobre o desempenho de tarefas de conhecimento semântico e nomeação.

CONCLUSÃO

Foi possível observar na amostra de participantes do presente estudo um perfil global de declínio cognitivo. Tal característica reforça a idéia reiterada em inúmeros estudos (ARGIMON & STEIN, 2005; FUZIKAWA et al, 2007; JONES et al, 2006; MCDOWELL et al, 2007; SULANDER et al, 2006) de que o baixo nível educacional habitualmente traduz-se em funcionamento cognitivo deficitário.

Todavia, é preciso levar em conta o que pesquisas recentes indicam que além da escolaridade, variáveis como, por exemplo, doenças crônicas, associadas ao nível sócio-econômico desfavorável, poderão impactar negativamente sobre a performance cognitiva global, atingindo, de modo mais expressivo, o funcionamento executivo e mnéstico de idosos saudáveis (NGUYEN, EVANS & ZONDERMAN, 2007).

É fundamental que pesquisas avancem no estudo da cognição da população com poucos anos de estudo, na medida em que a mesma é mais suscetível ao desenvolvimento

de neuropatologias e agravos no campo da saúde mental (CARAMELLI et al, 2005; MACDOWELL et al (2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIKEN, L.R. Psychological testing and assessment. 2 ed. Boston: Allyn & Bacon, 2000.

ARGIMON, I.L., TEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Caderno Saúde Pública, v.21 n.1, p. 64-72. 2005.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO,Y. O mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria, n.52 p. 1-7. 1994.

BENEDICT, R.H.B. Brief Visualspatial Memory Test- Revised. Odessa: Psychological Assessment Resourse, 1997.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2003. 28 p.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. 15 p.

BRANDT, J.; BENEDICT, R.H.B. Hopkins Verbal Learning Test- Revised. Odessa: Psychological Assessment Resourse, 2001.

CHARCHAT-FICHMAN, H., CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.27 n.12 p.79-82. 2005.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS – Indicadores e Dados Básicos do Brasil 2007. Recuperado em 24 set.2008: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Tábuas Completas de Mortalidade 2006. Recuperado em 07 jul. 2008: www.ibge.gov.br

ÍNDICE PAULISTA DE VULNERABILIDADE SOCIAL - IPVS (2008). Recuperado em 12 nov. 2008: http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/consult

FRIRSCH, T., MACCLEDON, M.J., SMYTH, K.A., LERNER, A.J., FRIEDLAND, R.P., LARSEN, J.D. Cognitive functioning in healthy aging: the role of reserve and lifestyle factors early in life. The Gerontologist, v.47, n.3, p. 307-322. 2007.

FUZIKAWA, C., LIMA-COSTA, M.F. UCHOA, E., SHULMAN, K. Correlation and agreement between the Mini-mental State Examination and the Clock Drawing Test in older adults with low levels of schooling: the Bambuí health aging study (BHAS). International Psychogeriatrics, v.19, n.4 , p. 657-667. 2007.

JONES, R.N., YANG, F.M., ZHANG, Y., KIELY, D.K., MARCANTONIO, E.R.; INOUYE, S.K. Does educational attaiment contribute to risk for delirium? A potential role for cognitive reserve. Journal of Gerontology: Medical Scienses, v.61A, n.12, p.1307-1311. 2006.

KATZ S., FORD A.B., MOSKOWITZ R.W. (1963) Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal American Medicine Association. n.9 p. 110-119. 1963.

LEBRÃO, M.L. ; DUARTE, Y.A.O. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS. Athalaia Gráfica LTDA. 2003. 76p.

LEE, J.Y., LYOO, I.K., KIM, S.U., JANG, H.S., LEE, D.W., JEON, H.J., PARK, S.C.; CHO, M.J. Intellect declines in healthy elderly subjects and cerebellum. Psychiatry and Clinical Neuroscienses, v.59,n.1, p. 45-51. 2005.

MACHADO,O., CORREIA, S.M., MANSUR, L.L. Desempenho de adultos brasileiros normais na prova semântica: efeitos da escolaridade. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v.19, n.3. p. 289-294. 2007.

MARTINS, M.S., MASSAROLLO, M.C.K.B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.42, n.1. p. 26-33. 2008.

MCDOWELL, I., XI, G., LINDSAY, J., TIERNEY, M. Mapping the connections between education and dementia. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, v.29, n.2, p. 127-141. 2007

NASCIMENTO, E. WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: Manual David Wechsler; Adaptação e padronização de uma amostra brasileira (1ª ed., M. C. de V. M. Silva, trad). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

NELSON, H.E. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe deficits. Cortex n.12, 313-324. 1976.

PFEFFER R.I., KUROSAKI T.T., HARRAH,C.H. Jr, CHANCE J.M., FILOS S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontology., v.37, n.32. p. 3-9. 1982.

SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Recuperado em 07 jul.2008: www.seade.gov.br

STRAUSS, E., SHERMAN, E.M.S., Spreen O. A compendium of neuropsychological tests: Administration, Norms, and Commentary (2nd Ed.). New York: Oxford University Press. 1998.

Van Hooren, S.A.H., Valentijn, A.M., Bosma, H., Ponds, R.W.H.M., Van Boxtel, M.PJ. & Jolles, J. (2007) Cognitive functioning in healthy older adults aged 64-81: a cohort study into the effects as age, sex and education. Aging, Neuropsychology, and Cognition, 14:40-54.

Yesavage JA et al. (1983) Development and validation of a geriatric screening scale. Journal of Psychiatry Research, 17:37-49.

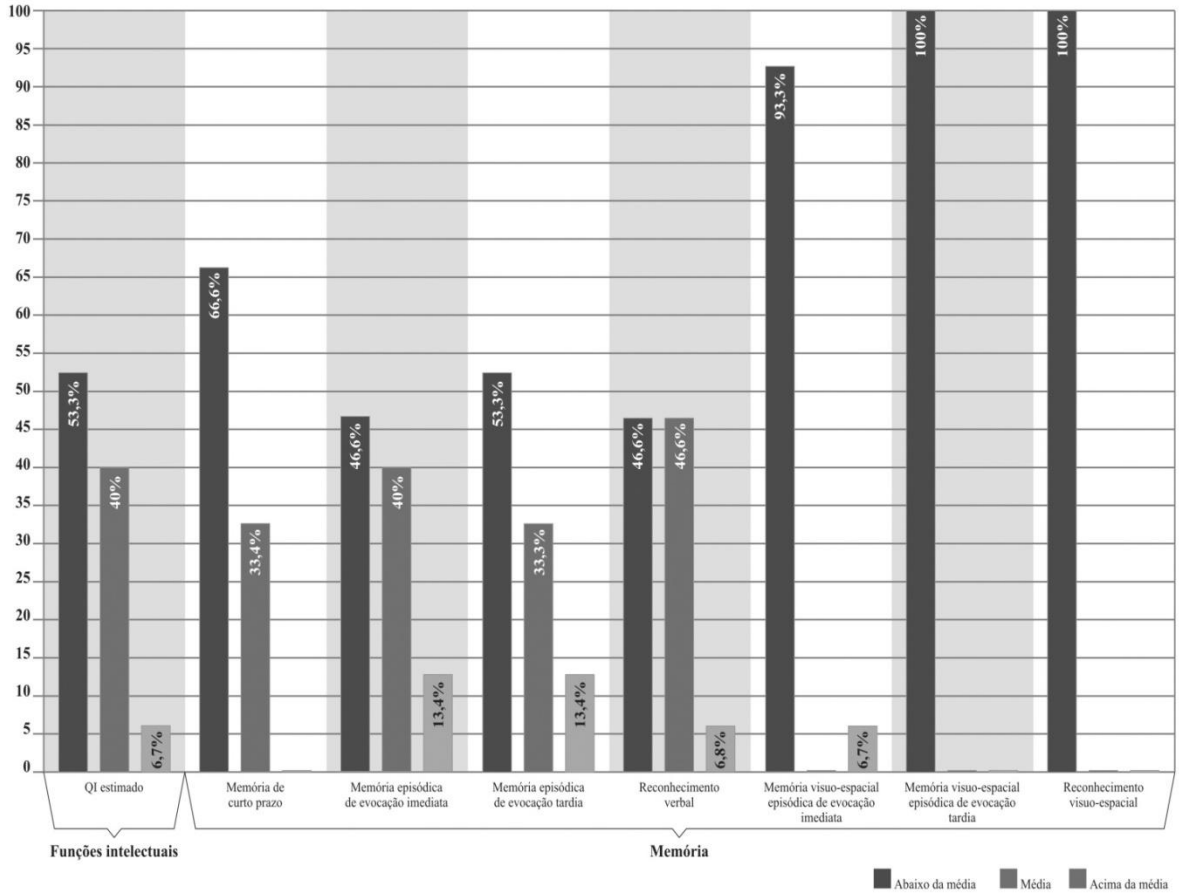
ANEXOS

Quadro 1 - Testes e Funções Neuropsicológicas Avaliadas Conforme a Média e Desvio Padrão

Testes	Funções Cognitivas	Média	Desvio Padrão
Subtestes *Vocabulário e Raciocínio Matricial* (WAIS-III) para QI Estimado (Nascimento, 2004 e Ringe et al. 2002).	Raciocínio Verbal	26,4	11,1
	Raciocínio de Execução	8,2	3,5
	Funções intelectuais	91	13,6
Subteste *Dígitos* – WAIS-III (Nascimento, 2004)	Memória de curto prazo	12	4,8
Hopkins Verbal Learning Test – R (Brandt & Benedict, 2001)	Memória episódica de evocação Imediata	18,4	5
	Tardia	5	2
	Reconhecimento verbal	6,9	2,6
Brief Visual Memory Test – R (Benedict, 1997)	Memória episódica de evocação Imediata	5	4,4
	Tardia	1,7	1,4
	Reconhecimento visuo-espacial	1,8	1,9

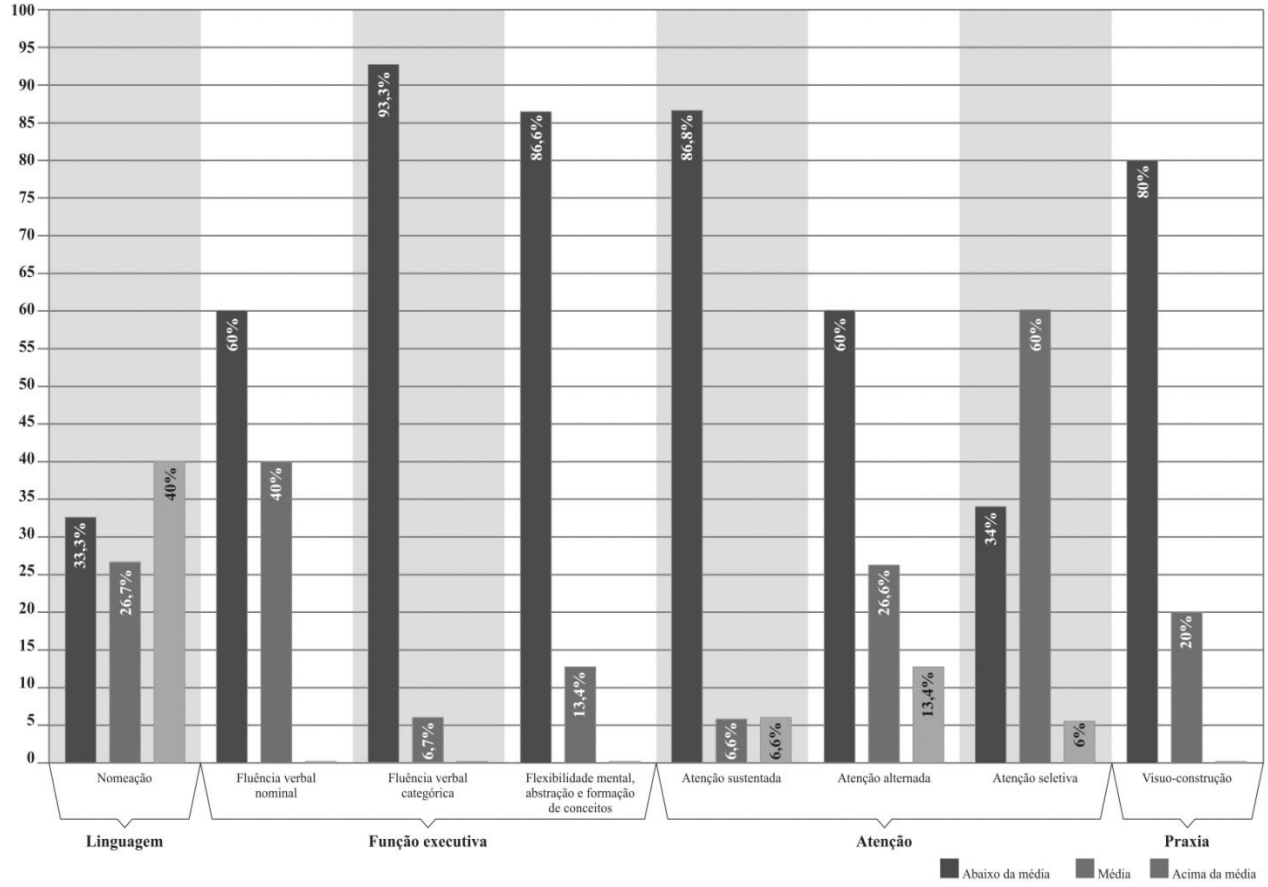
Trail Making Test (Strauss, Sherman & Spreen, 1998)	Atenção sustentada Atenção alternada	111 197	68,2 108,2
Stroop Test – Cartão 3 (Strauss et al, 1998)	Atenção seletiva	43,5	14
FAS-Test (Strauss et al, 1998)	Fluência verbal nominal	16,7	7,2
Category Fluency – animals (Strauss et al, 1998)	Fluência verbal categórica	8,6	2,7
WISCONSIN (Nelson, 1976)	Flexibilidade mental, stração e formação de conceito	2,2	1,2
Desenho do Relógio de Shuman (Strauss et al, 2006)	Visuo-construção	5	1,8
Boston Naming Test – BNT (Strauss et al, 1998)	Linguagem (nomeação)	35	16,4

Gráfico 1 – Análise Estatística das Funções Cognitivas Avaliadas Conforme Classificação



;

Gráfico 2 – Continuação da Análise Estatística das Funções Cognitivas Avaliadas Conforme Classificação



Nome: Ana Maria Thomé
Tel.: (11) 8954-8473
Email: anamariathome@yahoo.com
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicopatologia e Saúde Pública
Semestre: Segundo
Faculdade: Faculdade de Saúde Pública

;

POSTER 20

O PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: A FALA E O OLHAR QUANDO O ENCONTRO É POSSÍVEL.

Maria Suzana Carlsson Ribeiro[59]
Isana Marília Ribeiro [55]
Antonio Geraldo de Abreu Filho [55] [60]
Ana Luiza Steiner[55] [55]
Abrahão Augusto J. Quadros [556]
Helga Cristina Almeida da Silva [56]
Acary Souza Bulle Oliveira [56]
Leila Cury Tardivo

RESUMO

ELA é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso motor. Causa fraqueza e atrofia muscular, disfagia, disartria e insuficiência respiratória; sem cura até o momento.

Em alguns casos a comunicação só é possível através de um código obtido com a movimentação dos olhos.

Esse trabalho refere-se a considerações feitas a partir do atendimento oferecido à paciente Mara, 68anos, por uma dupla de psicólogas, em tutoria, objetivando sustentação, acolhimento emocional e uma análise de sua posição com a perda da comunicação verbal.

O método empregado foi o clinico qualitativo - estudo de caso.

Com os encontros realizados verificou-se que, muitas vezes, um único olhar pode expressar uma grande quantidade de emoções e estados da alma. Nossa escuta esteve atenta aos sinais não verbais da paciente; acompanhamos sua restrita condição de comunicação. Ocorreram momentos de ausência por parte da paciente e levantou-se a

[59] Psicólogos colaboradores do projeto APOIAR
[60] APOIAR / ABRELA - UNIFESP

questão se esses momentos seriam utilizados por ela como defesa para não entrar em contato com as limitações decorrentes da doença.

Concluiu-se que os atendimentos foram eficazes com nosso compromisso de encontrar maneiras de estimulá-la a não desistir de se comunicar.

Esses encontros ocorreram por 3 meses pois a paciente se "ausentou" definitivamente em decorrência de complicações respiratórias.

Palavras chave: Esclerose Lateral Amiotrófica; Estudo de Caso; Comunicação Não- Verbal.

Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença degenerativa e progressiva dos neurônios motores superior e inferior, seguindo-se a região bulbar. Caracteriza-se pela perda da força e diminuição da massa muscular, atrofia dos músculos, disfagia, disartria, insuficiência respiratória, etc... Em alguns casos a comunicação só é possível através de um código obtido com a movimentação dos olhos. A causa não é totalmente conhecida, até o momento, e ainda não há prognóstico de cura. Há indícios de estar relacionada a fatores genéticos expostos a situações como processos inflamatórios, exposição a agentes tóxicos e à atividade física excessiva. (ABRELA – Atualização 2009)

Os efeitos causados pela evolução da doença atingem de maneira gradativa a qualidade de vida dos pacientes. Atualmente utiliza-se como medicamento o Riluzol, que tem aumentado a sobrevida desses pacientes. De acordo com Piemonte (2001) o tratamento baseia-se na tentativa de estabilizar a função motora o máximo possível para uma boa qualidade de vida. Enfatiza que quanto mais cedo se começar o tratamento, maior a possibilidade de se melhorar a qualidade de vida dos pacientes durante a evolução da doença.

A pesquisa com célula tronco continua sendo desenvolvida, na tentativa de se ajudar esses pacientes. A expectativa de vida é de 3 a 5 anos, tendo pacientes que estão vivos e diagnosticados há mais de 10 anos. (ABRELA – Atualização 2009)

A experiência de tutoria, formada por uma dupla de psicólogas do Projeto Tutor ABRELA/APOIAR , deu-se com a paciente Da. Mara (nome fictício), de 68 anos, há 2 anos com os sintomas iniciais da doença - disartria - e há 4 meses com o diagnóstico de ELA, numa fase de sua doença onde a comunicação possível ocorria através de olhar, gestos e

expressões faciais. O maior desafio nesse trabalho foi o de fazer Da. Mara continuar como um sujeito desejante, mesmo sem a possibilidade da comunicação verbal.

Quando iniciada a tutoria o quadro clínico de Da. Mara já era de dependência da ajuda externa, ou seja, havia sempre com ela um cuidador atento às suas necessidades. Essa função era exercida por seu marido, Sr. Pedro (nome fictício) e por sua cunhada, que passou a morar com o casal para auxiliá-la.

Sua escrita encontrava-se em condições limitadas tanto em relação à parte motora, para segurar a caneta com a mão, quanto em relação à elaboração de seu pensamento.

Nossas intervenções se pautaram na biografia de Da. Mara, sua história de vida e sua singularidade frente ao questionamento de seus valores, relações afetivas, seus hábitos e adaptações à nova maneira de viver.

Em decorrência do avanço da doença Da. Mara deixou de usar a comunicação oral e escrita e passou a usar a comunicação não verbal, propriamente dita, através de olhar e gestos.

A comunicação não verbal era transmitida através de imagens, que também era um código da linguagem, ou seja, gestos, expressões fisionômicas, dança, sons, cores, olhar, movimentos posturais, contato corporal, vestuário e outros aspectos da aparência.

Davis (apud Mesquita,1997) esclarece que nos primórdios da evolução da linguagem a espécie humana se comunicava através de seus corpos, gestos e grunhidos. Portanto, a comunicação se dava através de canais não verbais. Com o processo evolutivo da espécie, códigos articulados foram sendo elaborados e utilizados na comunicação oral e escrita.

Atualmente os seres humanos utilizam-se da comunicação verbal e não verbal para se comunicar. No século XXI ocorre uma enorme multiplicação dos meios que o ser humano se utiliza para criar, registrar, transmitir e armazenar linguagem e informação. A linguagem não verbal pode ser usada para ampliar a verbal e vice-versa.

Nosso trabalho surgiu com o interesse de fazer uma análise da posição que Da. Mara ocupava com a perda da comunicação verbal. A preocupação, desde o início, foi de compreender a paciente para nos adaptarmos à sua realidade.

Muitas vezes, um único olhar pode expressar uma grande quantidade de emoções e estados da alma, que um cuidador ou familiar pode diagnosticar, para assim poder se posicionar de forma adequada diante do paciente com ELA. Algumas inoperâncias podem

ocorrer devido a uma má comunicação, onde o familiar e/ou cuidador não consegue perceber os sinais que o paciente lhe transmite, se colocando frente a ele de forma imprópria e insatisfatória, gerando contrariedade, aversão e muita angústia de ambas as partes.

Em nosso primeiro encontro, Da. Mara encontrava-se no quarto deitada, fazendo uso do BiPap (aparelho de respiração não invasiva). Com a ajuda do marido, a máscara do aparelho foi retirada e ela nos deu um sorriso acolhedor, fazendo gestos para que nos aproximássemos, acariciou nossas faces e beijou nossas mãos.

Adaptamo-nos às limitações de Da. Mara para que sua singularidade fosse preservada. Nossa escuta esteve atenta aos sinais não verbais da paciente. Junto dela aprendemos um pouco melhor a situação em que se encontrava; acompanhamos sua restrita condição de comunicação, sua dificuldade respiratória, seus momentos asfixiantes ocasionados por excesso de secreção, seus momentos de alegria ao nos mostrar fotos dos familiares e do casamento do filho em que pôde comparecer, da parceria de jogo de cartas (buraco). Estivemos atentas para compreender “as pistas” comunicativas, a fim de interagirmos com ela e, assim, possibilitar que a comunicação e interação fossem possíveis.

A comunicação com Da. Mara era difícil limitando a complexidade e/ou extensão das mensagens. Comunicava-se com sinais sobre o que queria por meio de gestos, muitas vezes não decifrados. Isso também ocorria em relação à escrita, quando não conseguíamos decifrá-la e compreender a elaboração da mensagem.

Em alguns momentos do atendimento percebemos uma dificuldade na elaboração de seus pensamentos. Seu marido nos disse já ter notado essa mudança, fazendo um comentário que ela ficava “autista”. Estava preocupado, pois isso já vinha ocorrendo com uma maior freqüência há algum tempo.

Ocorriam momentos de ausência por parte de Da. Mara, onde era preciso tocá-la para que voltasse a interagir. Após essa ocorrência sorria e fazia algum sinal. Acontecia, também, de novamente se ausentar. Tal ausência nos chamava a atenção e olhava-nos como se não estivesse nos vendo.

Em um dos atendimentos Da. Mara desde o início se mostrou ausente. Em um determinado momento se ocupou com a tentativa de desabotoar o botão de sua malha de lã. As tentativas foram em vão; olhou-nos, abaixou a cabeça e desistiu. Nesse momento sua

compreensão estava boa. Pediu papel e caneta, que seu marido à sua frente usava e escreveu: CASSEI, ou seja, CANSEI era o que queria dizer. Em seguida se ausentou novamente.

Alguns estudos, como os de Dr. José Mauro Braz de Lima, intitulados “Atrofia Cortical na Esclerose Lateral Amiotrófica: Contribuições para o Estudo da Forma Demencial” (1988) e “Características Clínicas da ELA: de Charcot à ELA Atual” (2009) e de Dr. Mario Emílio T. Dourado, intitulado “Demência Fronto-Temporal e Papel TAP-43 na ELA” (2009), estão sendo feitos em relação à investigação da parte cognitiva afetada em alguns pacientes com ELA, como sendo uma hipótese de sintoma da doença. Os momentos de ausência de Da. Mara nos remeteu à possibilidade de uma outra hipótese: será que suas ausências ou seu funcionamento autista, como nomeava seu marido, eram sintomas decorrentes da própria doença, como apontam esses novos estudos, ou seriam uma defesa para não se conscientizar de sua real situação de vida? A ausência, portanto, passaria a ser um mecanismo de defesa que a paciente utilizaria para não entrar em contato com suas limitações que o avanço da doença provoca.

Fenichel (2005, pag. 134) considera que “*a tendência a negar sensações dolorosas é tão antiga quanto o próprio sentimento de dor*”. Zimerman (1999) escreve que os mecanismos de defesa são acionados inconscientemente pelo ego com a finalidade de reduzir as tensões psíquicas internas rejeitando de qualquer forma a vivência e a tomada de conhecimento das experiências emocionais ansiogênicas. Freud (1977) cita que a palavra defesa descreve a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis, sendo este o meio que adota para evitar a dor de origem externa ou interna; contudo, a dissociação do ego acarretada pela retirada da consciência de todos os vestígios de vida instintiva e afetiva, poderá destruir a integridade da personalidade para sempre.

Será que estar consciente da eminência da morte pela fatalidade da doença, as perdas e limitações que a ELA provoca, foram fatores que, associados ao medo de seus próprios processos internos e fragilidade egóica, desencadearam sentimentos tão insuportáveis em Da. Mara que acabaram produzindo suas “ausências” como forma de evitar a realidade que se lhe apresentava? Levantamos essa questão como forma de poder ser mais estudada futuramente na tutoria.

Os atendimentos de tutoria têm se mostrado cada vez mais necessários para que essas situações possam ser percorridas com apoio e sustentação emocional, no decorrer da doença, tanto para o paciente quanto para os familiares e cuidadores.

Durante todos os atendimentos realizados nosso compromisso maior foi sempre encontrar uma maneira de nos comunicarmos com Da. Mara e de estimulá-la a não desistir de se comunicar diante da situação precária de comunicação.

Esses encontros aconteceram por 3 meses, pois Da. Mara se “ausentou” definitivamente em decorrência de complicações respiratórias.

Quando nos dispomos a trabalhar com pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica nos deparamos com esses limites. O trabalho com esses pacientes enriquecem nossa trajetória pessoal e profissional, pois nos ensinam o significado da palavra Vida.

REFERÊNCIAS

ABRELA – Esclerose Lateral Amiotrófica – Atualização 2009 – São Paulo – SP. 2009.

BRAZ DE LIMA, J. M. – Atrofia Cortical na Esclerose Lateral Amiotrófica: Contribuições para o Estudo da Forma Demencial – Rio de Janeiro. Tese (doutorado). UFRJ, 1988.

_____ – Características da ELA: de Charcot à ELA Atual – Apresentado no VIII Simpósio Brasileiro de ELA/DNM – São Paulo – SP. 2009.

DOURADO, M. E. T. – Demência Fronto-Temporal e Papel TAP-43 na ELA - Apresentado no VIII Simpósio Brasileiro de ELA/DNM – São Paulo – SP. 2009.

FENICHEL, O. – Teoria Psicanalítica das Neuroses – Atheneu – São Paulo – SP. 2005.

FREUD, A. – O ego e os Mecanismos de Defesa – Civilização Brasileira – São Paulo – SP. 1977.

MESQUITA, R .M. – Comunicação Não Verbal: Relevância na Atuação Profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v.11, n.2 p.153-163. jul/dez. 1997.

;

PIEMONTE, M. E. P. – Manual de Exercícios Domiciliares para Pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. Vol. 2. Ed. Manole. São Paulo – SP. 2001.

ZIMERMAN, D. E. – Fundamentos Psicanalíticos – teoria, técnica e clínica – Artmed – Porto Alegre – RS. 1999.

POSTER 21

O 'DEVIR' DO AMOR E DA SEXUALIDADE NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Andrea Soutto Mayor[61]
Ester Santiago Duarte Carqueijeiro Antunes[62]
Thiago de Almeida[63]

Resumo: O envelhecimento da população brasileira é hoje uma realidade. Outro fato é que a sexualidade faz parte da natureza e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento humano e sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental. No entanto, convivemos em uma sociedade que, muitas vezes, priva a possibilidade do idoso pensar sua sexualidade e a procura de relacionamentos amorosos, de forma autônoma e destituída de preconceitos e estereótipos. A capacidade de amar e de exercer práticas sexuais não tem limite cronológico. O limite está no campo psicológico, no preconceito e na intolerância social. Dessa forma, resgatar o direito a uma vida amorosa e sexual na terceira idade implica poder pensar o amor em suas formas de transformação, ou seja, em outras formas de amor que passam pela ternura, pelos contatos físicos, a expressão corporal, o olhar, o toque, a voz, redescobrindo deste modo as primeiras formas de amor do ser humano. Esse texto se propõe a fazer uma reflexão neste âmbito, ao mostrar que independentemente da idade ou das eventuais limitações físicas da terceira idade, os idosos podem obter acesso e ter os mesmos privilégios do exercício da sexualidade quanto qualquer outro segmento da população.

.

O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

[61] Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). *E*-mail: andrea@web4u.com.br do Instituto de Ciência e Tecnologia Maria Therez
[62] Este trabalho é parte da monografia de conclusão de curso da aluna Aline Caroline Ferreira Pontes, orientado pela Profa. Dra. Andrea Soutto Mayor.
[63] Doutorando do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). E-*mail* r: thalmeida@usp.br Home Page: www.thiagodealmeida.com.br

;

O envelhecimento da população brasileira é hoje uma realidade. De acordo com os dados do IBGE (2006), em 34 anos, a população brasileira praticamente dobrou em relação aos 90 milhões de habitantes da década de 1970 e, somente entre 2000 e 2004, aumentaram em 10 milhões de pessoas. Há projeções que indicam que em 2050, seremos 259,8 milhões de brasileiros e nossa expectativa de vida, ao nascer, será de 81,3 anos, a mesma dos japoneses atualmente. Em 2000, o grupo de 0 a 14 anos representava 30% da população brasileira, enquanto os maiores de 65 anos eram apenas 5%. A projeção é que em 2050, os dois grupos se igualarão em 18%.

Os avanços da ciência e da tecnologia, especialmente no campo da medicina, permitem que a sobrevivência tanto de crianças quanto de adultos seja cada vez maior. Com os investimentos em prevenção e educação para a saúde, a descoberta de vacinas, novos medicamentos e cura para diversas doenças, o ser humano ganhou uma nova qualidade de vida, além da possibilidade de resistir a enfermidades que antes provocavam a morte. Tudo isso, contribui para elevar a expectativa de vida dos brasileiros.

A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Se a questão da afetividade e da sexualidade está presente em todos os momentos da vida, não será no processo do envelhecimento que estará ausente. Contudo, percebe-se que ao investigarmos o processo de envelhecimento, que o conhecimento atual aquilatado a respeito do mesmo, em relação a alguns temas, como o estudo do amor e da sexualidade, carece de identidade, e é constituído por elementos de discursos teóricos e ideológicos fundamentados em legados herdados e ultrapassados, muitas vezes, oriundos das ciências sociais e da medicina (NERI, 1993). Quando nos referimos à sexualidade, não estamos nos remetendo somente ao sexo, mas ao produto final de um longo e natural processo de desenvolvimento que começa no nascimento. Este processo envolve tudo o que somos, as nossas atitudes e como lidamos com as questões que nos circundam, além da forma como isso nos abala em uma relação afetiva interpessoal. O que a psicologia concebe por sexualidade não é, em absoluto, idêntica à união sexual entre um homem e uma mulher ou mesmo, tem o sentido exclusivo de sensações prazerosas produzidas/comunicadas pelos nossos órgãos genitais. Sexualidade é muito mais do que o intercurso do pênis à vagina

culminando com o orgasmo masculino ou feminino. Tampouco sexo é uma sinonímia de gênero, pois estes dois conceitos foram inseridos na literatura científica em épocas distintas e abrangendo aspectos diferenciados da vida humana. Enquanto as diferenças entre os sexos são estabelecidas pelo aspecto físico, as diferenças de gênero são explicadas e entendidas como socialmente construídas.

A sexualidade faz parte da natureza e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento humano e sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental. A sexualidade é uma forma de comunicação que visa o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca de uma relação íntima, compartilhando o amor e o desejo com outra pessoa para criar laços de união mais intensos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde:

> É uma energia que motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

A relação sexual tem sido considerada uma atividade própria, e quase monopólio das pessoas jovens, com boa saúde e fisicamente atraentes. A ideia que as pessoas da terceira idade também possam manter relações sexuais, não é culturalmente muito aceita, preferindo-se, ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade nesta etapa da vida. Apesar dessas questões culturais, na terceira idade conserva-se a necessidade psicológica de uma atividade sexual continuada não havendo, pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo acabem (VARELLA, 2007).

Devido ao desconhecimento e à pressão cultural, muitas pessoas da terceira idade, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, chegando a crer serem anormais pelo simples ato de se perceberem deste modo.

É preciso desmistificar esta realidade. É certo que o envelhecimento produz transformações fisiológicas no homem e na mulher, mas não necessariamente inibidoras da atividade sexual. Na terceira idade não se perde o apetite sexual. Simplesmente, já não têm pressa. Enquanto os mais novos obtêm maior gratificação na quantidade, durante a terceira

idade reina a qualidade. “O que muda é apenas a freqüência dos desejos e os ritmos das relações sexuais, mas a sexualidade continua viva.” (CAPODIECI, 2000, p 64).

Trazemos uma herança muito grande quanto ao desconhecimento da vida sexual das pessoas da terceira idade, exatamente porque sempre consideramos que, depois de determinada idade, não faz sentido imaginá-las sexualmente ativas. Desde pequenos aprendemos a valorizar a juventude, e assim começamos a tomar conhecimento dos instintos sexuais, suas possibilidades, sensações e desejos.

O comportamento sexual é definido por vários princípios: cultura, religião, educação e estes valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando a maneira como iremos vivenciá-la e lidar com ela por toda a vida.

> O sexo e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes que realçam os anos vindouros. [...] Durante toda a vida carregamos o peso das nossas experiências sexuais infantis e que foram moldadas por nós mesmos, nossos pais, nossa família, nossos professores, e nossa sociedade de maneira positiva ou, às vezes negativa. (BUTLER e LEWIS, 1985, p. 12).

Na percepção de Capodieci (2000) na geração atual de terceira idade, muitos não tiveram orientação sexual ou são frutos de uma educação muito severa. Os pais tinham por orientação sexual os conceitos e preconceitos repressores, herdados de outra geração mais repressora ainda, e para muitos, o sexo era para ser praticado na escuridão com o intuito da procriação.

Em uma época, que muitos meninos iniciavam sua vida sexual com prostitutas, a família e a sociedade cobravam do homem perante o sexo feminino, a manutenção da família e garantia da prole. Havia uma diferença entre a mulher destinada ao casamento, que deveria ser respeitada, e a mulher considerada da “vida”, que tinha a função de saciar o prazer. Falar sobre sexo era um tabu muito grande. As conversas eram restritas aos casais e nem todos tinham esta liberdade.

As meninas cresciam com inúmeras dúvidas, referentes até mesmo quanto às mudanças que ocorriam em seu próprio corpo. O primeiro sutiã e a primeira menstruação eram assuntos que somente as mães poderiam esclarecer e na maioria das vezes, poucas o faziam. Quando elas conversavam com suas filhas expressavam-se, muitas vezes, com

vergonha e muito superficialmente. O namoro, que em muitos casos poderia ocorrer somente com a autorização dos pais, por vezes era breve e culminava em um matrimônio, onde poucas eram as informações sobre o que poderia ocorrer na relação entre marido e mulher.

"Criamos assim, uma dificuldade muito grande de identificar nossos pais como ativos sexualmente, uma vez que o sexo é um exercício de prazer e parece que os pais, embora queridíssimos, não são vistos como pessoas que possam praticar o sexo" (CAPODIECI, 2000, p.152).

É interessante lembrar que, historicamente, a desvalorização da sexualidade inicia-se com a Igreja Cristã que considerava o ato sexual vergonhoso enquanto uma prática não reprodutiva. É nesta concepção, que a sexualidade das pessoas da terceira idade se formou (SANTOS, 2003). Pode-se dizer ainda que existe a relação com vários sentimentos, como alegria, culpas, vergonha; enfim aos preconceitos e repressões de cada um., razão pela qual carrega o peso da discriminação devido à existência da construção social de estereótipos assexuados representando o envelhecimento. Deste modo, o exercício dos relacionamentos afetivos e sexuais torna-se prejudicado e de alguma forma reprimido, criando dificuldades em perceber e permitir o exercício da sexualidade após o período de procriação (RISMAN, 2005).

Na visão de Risman (2005) o que se percebe, então, é que a escassez de informações sobre o processo de envelhecimento, assim como das mudanças na sexualidade em diferentes faixas etárias e especialmente na terceira idade, tem auxiliado a manutenção de preconceitos e, conseqüentemente geram muitas dificuldades para a vivência da sexualidade por pessoas nesta etapa da vida.

Segundo Neri (1993):

> "Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos)." (NERI, 1993, p. 10).

Se além desses elementos acima, a maturidade trouxer o afeto, a paixão, o namoro, o amor, o sexo, a cumplicidade, o companheirismo, dentre outros, o idoso poderá ter uma satisfatória vida afetiva. Assim, as possibilidades de relacionamento amoroso nesta etapa da

vida, apesar de algumas vezes serem difíceis, são mais viáveis do que muitas pessoas imaginam (ALMEIDA e LOURENÇO, 2007). Dessa forma, se o idoso permitir-se tais vivências pode-se supor que ele terá um envelhecimento positivo, ao contrário, daqueles que somente darão vazão a um saudosismo passivo, ou ainda, a qualquer outro tipo de posicionamento imobilizador e negativo. Assim, existem várias possibilidades de envelhecer afetivo-sexualmente, desde as possibilidades mais negativas, que se distanciam de qualquer tipo de investimento desta natureza, às mais positivas, que se mantém articuladas ao processo de desenvolvimento biopsicossocial no qual o afetivo-sexual representa uma de suas principais dimensões.

Então, pode-se conceber o amor e a sexualidade, simultaneamente, como alguns dos principais elementos da interação humana e, também, como uma das principais diretrizes na estruturação das relações íntimas (ALMEIDA, 2003) ainda que para diferentes populações. Dessa forma, o amor e os relacionamentos afetivos sexuais estão se tornando cada vez mais uma condição indispensável para uma vida satisfatória e plenamente realizada, ao menos na concepção dos que o buscam (ALMEIDA, 2008a). E expresso de maneiras diferenciadas, o amor é sumamente importante para o desenvolvimento da personalidade e crescimento da humanidade. Entretanto, tendo em vista que a sociedade muitas vezes mina as expectativas de alguns segmentos sociais, como por exemplo, os idosos que querem firmar um relacionamento amoroso, estes atitudes podem causar uma paralisia nas motivações, ao menos momentânea, além de conflitos desnecessários para as pessoas por elas prejudicadas (ALMEIDA, 2008b).

Concluindo com as palavras de Guggenheim (2007[64]):

> “Amar na maturidade ou depois dos 60 anos, 65 anos em diante é um grande desafio para quem quer ainda namorar ou para aqueles poucos, que conseguiram ou gostariam de manter uma relação estável e mais duradoura. Afinal, porque as coisas são tão difíceis na velhice? Os próprios idosos na verdade, já não contam mais com essa possibilidade. Sentem-se ‘fora do mercado’ dos namoros. Acham que dificilmente encontrarão alguém para amar e evitam pensar nisto, e quando pensam ficam tristes. Procuram relembrar os amores do passado, os bons e belos momentos que viveram e acham, na maioria, que nunca mais terão a oportunidade de namorar novamente.” (GUGGENHEIM, 2007)

[64] Retirado do site: http://www.espacovital.com.br/noticia_complemento_ler.php?id=1371&noticia_id=14351

A capacidade de amar não tem limite cronológico. O limite está no campo psicológico, no preconceito e na intolerância social. O limite não está no real do corpo, ou na capacidade de sonhar, de simbolizar e de viver a vida (BUTLER E LEWIS, 1985).

CONCLUSÃO

É necessário "humanizar" esta etapa da vida, trazer "luz" ao conhecimento de que ser idoso é ser alguém que possui dentro de si muita vida. Talvez pelo fato de que ser idoso ainda é um termo com significado, na maioria das vezes, pejorativo; razão pela qual, muitos apresentam dificuldades em fazer saudavelmente esta passagem. Este processo poderia ocorrer de forma mais natural se o nosso sistema não fosse ainda muitas vezes, excludente e mutilador no que tange as questões relacionadas à velhice, pois notamos claramente no discurso contemporâneo que mesmo levando em conta as limitações naturais impostas pelo envelhecimento, sentimentos de inutilidade, solidão, incapacidade física e doenças são ainda atribuídos ao idoso. O indivíduo que está atravessando essa fase da vida pode acabar por aceitar esses estereótipos sem ter forças para produzir sentido para a vida. Talvez este seja o maior desafio da velhice, a perda do sentido de ser.

A maneira de viver na terceira idade é o resultado, em termos de atividades e de relacionamentos sociais, das experiências acumuladas durante as varias etapas da vida, não havendo necessidade de tornar este período inútil, razão de desespero e infelicidade. É necessário adaptar esta experiência ao processo de envelhecimento tanto físico quanto psicológico para que nos dias vindouros possamos manter a esperança de novas possibilidades e objetivos a serem alcançados.

Resgatar o direito a uma vida amorosa e sexual na terceira idade implica poder pensar o amor em suas formas de transformação, ou seja, outras formas de amor que passam pela ternura, pelos contatos físicos, a expressão corporal, o olhar, o toque, a voz, redescobrindo as primeiras formas de amor do ser humano.

É de extrema importância poder pensar que a partir da redescoberta do sexo e do amor, enfim, de sua sexualidade, as pessoas da terceira idade reconquistem o lugar vital de homem e mulher e não mais o de “velho”, que tem como futuro o fim da vida. É também na relação com o outro que está à importância da redescoberta do desejo de viver, independentemente da idade ou da limitação física da terceira idade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente*:* Possíveis razões*.* São Carlos: UFSCar, 2003. Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Psicologia, UFSCar, São Carlos, SP, 2003.

ALMEIDA, T. O percurso do amor romântico e do casamento através das eras. Psicopedagogia Online, 2008a*.* Disponível em: http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1041 . Acesso em: 28 de abril de 2008.

ALMEIDA, T. Envelhecimento, erotismo e relacionamentos amorosos na velhice, 2008b. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aptv31.htm, 2008. Acesso em: 25 de abril de 2008.

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 101-113, jan./abr. 2007.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. Sexo e amor na terceira idade. Tradução Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1985.

CAPODIECI, S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos. Tradução Antonio Angonese. São Paulo: EDUSC, 2000.

GUGGENHEIM, S. Amor na idade madura. Revista Rio Total. 2006. Disponível em: < http://www.espacovital.com.br/noticia_complemento_ler.php?id=1371&noticia_id=14351 >. Acesso em: Abr. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo demográfico 2006 - Projeção da população do Brasil: Disponível em:< www.ibge.gov.br> Acesso em: março/2008.

NERI, A. L. (Org.). Qualidade de vida e idade madura. São Paulo: Papirus, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento. Disponível em:< http://www.who.int/es/index.html >. Acesso em: novembro/ 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982. Disponível em:<http://www.onu-brasil.org.br> Acesso em: junho/ 2008.

RISMAN, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural. Textos Envelhecimento, *v.8,* n.1, outubro/ 2005. Disponível em:< http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo531.htm.> Acesso em: outubro/ 2007.

SANTOS, S. S. Sexualidade e amor na velhice: uma abordagem de análise do discurso. Porto Alegre: Sulina, 2003.

VARELLA, D. Tempo, o dono da vida: o amor na maturidade: Disponível em:< http://fantastico.globo.com >. Acesso em: junho/2008.

POSTER 22

A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA VISÃO DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA

Beatriz Agassi Vieira[65]
Denis Marcelo de Carvalho
Miriane Silva Funaro

Xênia Bastos Gonçalves Milone
Cely Blessa

Resumo

Atualmente a obesidade é um problema de saúde mundial, sendo a obesidade mórbida o último estágio desta doença que é tratada, através do método invasivo de redução do estômago, quando outros métodos anteriores falharam. Este estudo trata da visão dos pacientes de cirurgia bariátrica em relação à intervenção do psicólogo, com a finalidade de investigar junto aos mesmos suas impressões e compreender a eficácia da atuação deste profissional, no acompanhamento pré e pós-cirúrgico. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dez pessoas de ambos os sexos, de idade acima de dezoito anos, submetidas à cirurgia bariátrica há pelo menos dois anos, cuja análise de dados qualitativa resultou na ratificação da importância do psicólogo durante todo o processo cirúrgico de redução do estômago. O psicólogo é reconhecido no papel preventivo, educativo e no pós-cirúrgico, atuando perante as questões de auto-estima, aceitação do tratamento, da nova figura corporal e na reeducação alimentar, entre outros.

Palavras-Chave: cirurgia bariátrica, equipe multidisciplinar, obesidade mórbida, paciente, psicólogo.

Introdução

[65] Emails dos autores em ordem: bagassi@bol.com.br; psicodenis@terra.com.br; mifunaro@hotmail.com; xeniamilone2000@hotmail.com; cyblessa@uol.com.br

A obesidade é retratada desde a pré-história em desenhos rupestres encontrados em cavernas. Nas culturas gregas e egípcias a mulher obesa era um ideal de abundância e fertilidade, num momento histórico onde a fome era vista como desastre da espécie humana. No campo da medicina a relação entre obesidade e distúrbio emocional é citada pela primeira vez no século XIX, atribuindo o desenvolvimento da obesidade a períodos de grande estresse emocional (Varela, 2006).

Atualmente a obesidade é considerada uma epidemia mundial mais freqüente que a desnutrição e vista como um dos principais sintomas de neurose e o corpo vem sendo alvo de culto e admiração, onde o padrão de beleza atual está associado ao corpo magro (Varela, 2006).

Dentre os recursos utilizados para redução do peso, no caso de obesidade mórbida, a indicação mais freqüente e eficaz é a cirurgia bariátrica, que segundo informações do Ministério da Saúde, cresceu 542% desde 2001, nos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Zilberstein; Galvão e Ramos (2002), no mundo ocidental, a maneira mais objetiva de classificar a obesidade é através do índice de massa corpórea [IMC = peso (Kg)/altura $(m)^2$]. Segal e Mancini (2007) dividem o IMC, baseado na Organização Mundial de Saúde (OMS), variando de saudável a obesidade mórbida.

IMC de 18,5 a 24,9	Saudável
IMC a partir de 25	Excesso de peso
IMC a partir de 30	Obesidade
IMC de 30 e 34,9	Grau 1 de obesidade
IMC de 35 a 39,9	Grau 2 de obesidade
IMC de 40 ou mais	Grau 3 de obesidade ou mórbida

Varela (2006) informa que a alimentação permeia a vida humana desde o nascimento. O prazer está associado à ingestão de alimentos pela excitação da mucosa dos lábios, incorporando o objeto como uma forma de se relacionar com o mundo, posteriormente protótipo de identificação na relação de amor com a mãe, que apresenta o alimento a partir do nascimento de seus filhos para atender suas solicitações, associando comida a afeto.

Conforme Keppe (2005, p. 5), *A interação da mãe com o bebê e posteriormente a interação da família com a alimentação da criança, constitui fator fundamental no surgimento de alguns casos de obesidade.*

Os problemas de saúde, segundo Waidergon; Lopes e Evangelista (1999), acarretados pelo quadro da obesidade e as exigências da sociedade para padrões de estética, levam o obeso a se submeter à cirurgia bariátrica (diminuição do tamanho do estômago para perda de peso), passando por um procedimento radical e agressivo, indicada apenas quando todas as outras possibilidades tentadas para reduzir o peso, sejam elas quais forem, se esgotaram.

Nunes et. al. (2006) abordam critérios mais específicos de inclusão e exclusão da seleção de pacientes para a cirurgia. Os critérios de inclusão são:

1. Índice de massa corporal igual ou maior que IMC 40, com ou sem comorbidades;
2. IMC igual ou maior que 35, com uma ou mais comorbidades ocasionadas ou agravadas pela obesidade como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, cardiopatia isquêmica, entre outras;
3. Ter sido submetido pelo menos a um tratamento convencional prévio, conduzido por profissional qualificado, por período mínimo de seis meses, sem resultado ou com reengorda posterior. Entretanto, a Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM 1766/05 (em anexo), estabelece pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz.
4. Idade entre 18 e 60 anos, os casos fora dessa faixa devem ser analisados individualmente.

De acordo com autores citados, inexistem critérios absolutos de exclusão, e sim, condições clínicas e psíquicas que contra-indicam temporariamente o procedimento:

1. Adictos de drogas ou álcool. Neste caso, o paciente deve estar em tratamento psiquiátrico e abstinente por pelo menos dois anos;
2. Doença mental que impeça o paciente de compreender e aderir ao tipo de tratamento que deverá ser seguido no pós-operatório, pois poderá colocar sua saúde em risco, como exemplo, retardo mental e psicoses, a menos que acompanhada e tratada adequadamente com bom suporte familiar;

3. Condição clínica grave que aumente de forma significativa o risco cirúrgico, como angina instável, infarto recente, diabete descompensado.
4. Qualquer tipo de câncer que não esteja em remissão e considerado livre de doença há pelo menos três anos.

Na Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM, nº 1.766/05, foram estabelecidas normas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe multidisciplinar, da qual deve constar: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

Keppe (2005) relata que, em relação à questão da obesidade é de vital importância investigar o histórico do paciente para verificar quais são os fatores associados especificamente a este paciente, servindo de fonte para o tratamento psicoterapêutico mais adequado. Cabe ao psicólogo orientar o paciente sobre dados atualizados da literatura para que ele busque as melhores alternativas atuais para seu caso e também fazer encaminhamentos adequados, uma vez que a obesidade, de qualquer grau, é um problema multifatorial que exige acompanhamento multidisciplinar.

Waidergon; Lopes e Evangelista (1999) acrescentam que durante o processo, o psicólogo deveria atuar no pré e no pós-cirúrgico, onde o trabalho ficaria mais voltado à conscientização dos pacientes sobre as mudanças radicais em relação à alimentação e possíveis transformações psíquicas advindas da mudança corporal.

Compreendemos que o psicoterapeuta desempenha o papel principal de fornecedor de informações a respeito da cirurgia para o paciente e para a equipe médica sobre a realização ou não da indicação da intervenção cirúrgica. No pós-cirúrgico, o psicólogo atua na compulsão alimentar e sua ressignificação nos possíveis sintomas depressivos, ansiógenos e também frente a possíveis reações e recuperações problemáticas.

Objetivo

Levantar e descrever as percepções de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica a respeito da intervenção e da eficácia do trabalho do psicólogo, através da assimilação e identificação do papel deste profissional sob o olhar do paciente.

Método

Este foi um estudo qualitativo realizado através de entrevistas individuais de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e o critério de participação foi baseado no período pós-operatório de no mínimo dois anos. Os sujeitos foram escolhidos dentre os participantes de um grupo terapêutico para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, através da indicação de conhecidos vinculados a sujeitos operados e de profissionais da área.

As entrevistas contaram com um roteiro semi-estruturado que abordava os temas: dados (idade, sexo, escolaridade, cor/etnia, estado civil, profissão e renda familiar); o motivo, quando e onde foi realizada a cirurgia bariátrica; a realização e a duração do acompanhamento psicológico pré e pós-operatório; como foi o trabalho desenvolvido e se possibilitou alguma forma de auxílio ao paciente. As narrativas foram submetidas à leitura densa, categorizadas segundo a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977) e analisadas segundo o referencial teórico da psicanálise.

Foram realizadas dez entrevistas, sendo oito mulheres e dois homens, com variação de idade entre 26 a 56 anos. A maioria (oito) autodenominou-se como branca. Quanto ao grau de escolaridade, um não havia concluído o ensino fundamental; dois possuíam ensino fundamental completo; três, ensino médio completo e quatro, ensino superior completo.

Aspectos éticos:

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Pedagogia (CEPPE) da Universidade Paulista (UNIP).

A realização das entrevistas se deu após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando as informações sobre os objetivos do estudo, a forma de participação dos entrevistados e a garantia de sigilo quanto aos dados e quaisquer outras informações que pudessem identificá-los. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Também foi tomado o cuidado de oferecer aos entrevistados o Serviço de Plantão Psicológico realizado no Centro de Psicologia Aplicada

da UNIP – Sorocaba (Clínica Escola), visando propiciar-lhes apoio emocional e suporte profissional, caso fosse necessário.

Resultados:

Um dos primeiros dados que chamou atenção foi o motivo da cirurgia, onde todos os entrevistados optaram pela redução de peso devido a problemas de saúde.

Este fato se confirma com o que traz Silva (2005, p.184):

> *Tanto em homens quanto em mulheres, a obesidade acarreta aumento da incidência de doenças como diabetes melito, doenças cardiovasculares, hipertensão e isquemia cerebral (derrame cerebral), além de certas formas de câncer. Existe também o risco de morte prematura e a redução da qualidade de vida em função das doenças crônicas e sérias com as quais o obeso é obrigado a conviver.*

Outra questão apontada pelos entrevistados foi a obesidade justificada pela histórico familiar. O fator relacionado a questões familiares é revelado por Waidergorn, Lopes, Evangelista (1999, p. 74): “A obesidade é uma doença multifatorial, resultante de fatores genéticos, metabólicos, neuroendócrinos, dietéticos, sociais, familiares e psicológicos”.

Outra categoria levantada relacionou-se com fatores psicológicos associados à obesidade, o que um dos entrevistados descreveu como “tirar os problemas da comida”:

> *“...você tem que aprender a tirar os problemas das comida e a resolver um de cada um, a resolver sua ansiedade, que é uma coisa que a gente tem muito com a obesidade...” (mulher, 29 anos).*

Através dos depoimentos, percebeu-se o papel preventivo do trabalho psicológico, o reconhecimento da importância do psicólogo em relação à obesidade, e às conseqüências advindas da cirurgia. Alguns entrevistados ressaltaram a participação expressiva do psicólogo, como visto no relato abaixo:

> *“...fiquei por um ano e meio fazendo tratamento só eu e a psicóloga, e foi o que me ajudou muito, muito, parei de jogar copo na parede, porque não era eu, comecei a me encontrar.” (mulher, 44 anos).*

Silva (2005, p. 182) revela que, quando trata de obesidade: “É importante destacarmos que a auto-estima minada gera total falta de motivação para que esses pacientes se comprometam com um tratamento sério, que tem como base essencial uma mudança profunda do modo de ser, ver e viver.”

> *“... minha auto-estima estava muito baixa, não achava mais roupas para comprar, não queria sair mais, não agüentava andar” (homem, 50 anos).*

Segundo Gleiser e Candemil (2006), o trabalho psicoterapêutico com obesos mórbidos deve necessariamente contar com profissional especializado, pois é a forma de evitar recaídas e atingir a função principal do equilíbrio corpo e mente. O aspecto mais delicado e fundamental deste trabalho clínico baseia-se nas mudanças da auto-imagem.

Em relação à participação do psicólogo na equipe de profissionais da cirurgia bariátrica, três dos dez entrevistados não passaram por acompanhamento psicológico, sendo tratados por psiquiatras. Esta ausência foi sentida por uma das participantes.

> *“Porque o médico não me encaminhou, mas passei por uma consulta psiquiátrica, para ter a autorização para o convênio pagar a cirurgia” (mulher, 40 anos).*
>
> *“... Se tivesse tido um grupo de acompanhamento... uma terapia de grupo, talvez até melhorasse. Eu acho que eu senti falta dessa parte, né, na cirurgia” (mulher, 51 anos).*

O papel do psicólogo não se encontra desde o inicio da história da cirurgia bariátrica. A entrada deste profissional deu-se gradualmente, mas não há publicações científicas em relação à história da psicologia aplicada à cirurgia bariátrica (Franques, Arenales-Loli, 2006).

Entretanto, o psicólogo tem encontrado cada vez mais espaço para trabalhar dentro dos hospitais, visto que as novas especialidades surgidas necessitam de profissionais de diversos campos, sendo um desses a Psicologia, reconhecida entre as equipes de saúde, principalmente pela equipe multidisciplinar (Tonetto e Gomes, 2007).

Considerações Finais

Através deste estudo concluiu-se que o psicólogo é reconhecido no pré e no pós-cirúrgico, como profissional de suma importância no bom desempenho do processo bariátrico. No papel preventivo, o psicólogo é reconhecido trabalhando frente às questões do engordar, as mudanças de comportamento, na aceitação do tratamento e da nova figura corporal.

No pós-cirúrgico, verificou-se a atuação do psicólogo, trabalhando questões de auto-estima, aceitação, sintomas depressivos, desmistificação da resolução dos problemas pessoais com a cirurgia, entre outros.

Atua, por fim, no papel educativo, como o profissional que explica sobre o procedimento, a reeducação alimentar e as mudanças da imagem corpórea advindas com a cirurgia.

De acordo com Franques, Arenales-Loli (2006), a presença do psicólogo na história da cirurgia bariátrica se deu de forma gradual, à medida em que se percebeu a necessidade do trabalho de uma equipe multidisciplinar junto a esses pacientes. Ainda não há consenso sobre a linha filosófica ou escolas de pensamento, tampouco uma linguagem única, mas o produto final inquestionável é a saúde mental do paciente operado.

Segundo Nunes et. al. (2006), em uma avaliação com pacientes operados, concluíram que os comportamentos impulsivos e compulsivos são deslocados, podendo reverter em casos de alcoolismo, bulimia nervosa e até o suicídio, estando associados à baixa capacidade de adaptação ao social, ou mesmo por essas características já existirem antes da cirurgia, “mascaradas” pela obesidade e alimentação excessiva.

Tardivo (2006) declara a contribuição dos psicólogos na avaliação psicológica, dando importância ao psicodiagnóstico, que no nosso país é função exclusiva do psicólogo. Esse psicodiagnóstico deve dar ênfase ao que é relevante e significativo na personalidade, criar empatia intuitiva com o paciente, conhecendo os motivos profundos da vida emocional da pessoa.

Segundo a mesma autora, a influência da psicanálise e suas vertentes foram de grande importância na prática do psicodiagnóstico, por meio de observações e técnicas projetivas, também na valorização da relação entre psicólogo e paciente com a instrumentalização dos aspectos transferenciais e contratransferenciais.

A cirurgia bariátrica confirma-se como um dos recursos mais utilizados atualmente para o tratamento da obesidade mórbida, crescendo tanto nos tratamentos particulares como públicos.

Faz-se, portanto, necessária a participação mais intensiva do profissional de psicologia neste procedimento, visto que, foram relatados pelos pacientes no pós-cirúrgico, dificuldades emocionais relacionadas à auto-imagem e às novas adaptações advindas com a cirurgia, como também, boicotes ao procedimento com a alimentação exagerada.

Esta pesquisa levou a reflexão de outras questões suscitadas neste universo da redução do estomago. Uma delas diz respeito aos pacientes que fazem a cirurgia sem a necessidade preconizada, custeando particularmente o tratamento. Muitas vezes esses pacientes elevam o Índice de Massa Corpórea (IMC), para atingir um mínimo aceitável para o procedimento, expondo a sua saúde desnecessariamente em busca de um corpo perfeito.

Outro ponto de importância impar, diz respeito aos obesos mórbidos que não conseguem realizar o procedimento, devido a outros comprometimentos orgânicos ou psíquicos. Estes pacientes necessitarão da cirurgia para a redução de seu peso, mas precisarão de acompanhamento de outros profissionais e da presença imprescindível do psicólogo, para dar-lhe suporte.

Assim, na contemporaneidade em que se vive, o mundo de valores nas aparências, nos bens, no ter em detrimento do ser, o corpo perfeito tornou-se comprovação de felicidade e realização. Por esta busca insana ou utópica abre-se mão da saúde, não apenas física, mas mental, comprometendo toda a psique do ser. A magreza conquistada é certificado de resolução de problemas, no entanto, perde-se não apenas quilos e sim defesas, desloca-se angústias, atinge-se compulsoriamente outros aspectos psíquicos, e personalidades são cindidas.

Referências Bibliográficas:

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de Saúde do Governo. Total de cirurgias de redução de estomago sobe 542%. Disponível em <http://portal.saude.gov.br:80/potal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10008>, acessado em 22 mar. 2009.

FRANQUES, Aída R. M.; ARENALES-LOLI, Maria S. Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2006.

GLEISER, Débora; CANDEMIL, Rudete S. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, Aída R. M.; ARENALES-LOLI, Maria S. Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2006.

KEPPE, M. A. R.; Acompanhamento Psicanalítico do Paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. Revista de Transpsicanalise, dez. 2005.

NUNES, Maria A.; Appolinario, José C.; Galvão, Ana L.; Coutinho, W. e colaboradores. Transtornos alimentares e obesidade. 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006.

TARDIVO, Leila Salomão L. P. Cury, O Psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica: avaliar, compreender e intervir. O trabalho do psicólogo clínico. In: FRANQUES, Aída R. M.; ARENALES-LOLI, Maria S. Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2006.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estudos de Psicologia – Campinas, 24(1), p. 89-98, janeiro-março.

SEGAL, Adriano; MANCINI, Marcio. Tudo que você precisa saber antes de reduzir seu estômago: guia completo da cirurgia da obesidade. São Paulo: Brasiliense, 2007.
SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Mentes Insaciáveis / Ana Beatriz B. Silva – Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

VARELA, Ana Paula Camacho. Você tem fome de quê? Psicologia Ciência e profissão, 2006, 26 (1), 82-93.

WAIDERGORN, L.; LOPES, C.; EVANGELISTA, R. O acompanhamento psicológico do obeso mórbido. Psikhê – R.. Cur. Psic. sent. Univ. FMU, v.4, n.2, p 74-82, jun. dez., 1999.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO, Neto, M.; RAMOS, A.C., O papel da Cirurgia n Tratamento da Obesidade. Revista Brasileira de Medicina, v. 59, n.º 4, abr. 2002.

Inscricao Numero: 229
Nome: Beatriz Agassi Vieira
Tel.: (15) 33422672
Email: beagassi@bol.com.br
Cidade: Sorocaba
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Decimo
Faculdade: Universidade Paulista - UNIP

POSTER 23

OS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS EMERGENTES NA RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRIAGEM

Carolina Lima Brandão de Oliveira,
Gildete Maria da Silva[66]
Maria Salete Lopes Legname de Paulo[67]

RESUMO

A realização do presente trabalho foi possível devido a oferta de estágio em Triagem e Plantão Psicológico aos alunos do VII semestre da Universidade Metodista de São Paulo, de forma a propiciar aos mesmos uma integração entre teoria e prática, favorecendo o reconhecimento de fenômenos psicológicos que emergem no primeiro contato entre terapeuta e pacientes na prática clínica. Sendo assim o presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre os fenômenos emergentes na relação terapeuta-paciente no processo de triagem. Apesar dos muitos aspectos psicológicos presentes nessa relação, focaremos na transferência e contratransferência em decorrência de serem considerados pela psicanálise de substancial importância para o processo analítico. Dentro dessa experiência prática pode-se perceber que ambos os fenômenos surgem em um processo de curto prazo, pois estão sempre presentes nas relações interpessoais. Porém o enquadre diferenciado do atendimento clínico permite que sejam observados mais claramente. Assim discorremos através da teoria e ilustramos com um caso clínico a emergência desses fenômenos.
Palavras chave: Transferência, Contratransferência, relação terapeuta-paciente, triagem.

Introdução

A Triagem e Plantão Psicológico é um estágio oferecido pela Universidade Metodista de São Paulo, para os alunos do quarto ano, sétimo semestre, do curso de psicologia, que

[66] Graduandas de VIII semestre de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.
[67] Psicóloga clínica; Doutora em Psicologia clínica pela USP; docente da Universidade Metodista e Pesquisadora do CNPq e do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da USP

tem por objetivo possibilitar a integração entre teoria e prática favorecendo assim a vivência da prática clínica.

O atendimento é realizado no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicologia (NEPAP), localizada nas dependências da Universidade. Os alunos são escalados em plantões de duas (02) horas semanais, de forma a atender a demanda que surge solicitando atendimento de psicologia. A triagem é a "porta de entrada" para os pacientes da clínica (NEPAP) e é realizada em duas ou três entrevistas que são sucedidas da discussão de cada caso nas supervisões oferecidas por um profissional com experiência clínica e habilitado para orientação do atendimento.

No processo de triagem identifica-se além da queixa manifesta, ou seja, aquela comunicada verbalmente pelo paciente, a queixa latente que pode surgir a partir da dinâmica presente na relação terapêutica, como a angústia, a ansiedade, o silêncio ou mesmo as identificações projetivas à qual o terapeuta estará sensível na primeira entrevista (ETCHEGOYEN, 2004). A possibilidade de identificação dessas queixas, que dependerá dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, servirá de base para a realização dos encaminhamentos, sendo que esse pode ser feito de formas distintas: para psicodiagnóstico, psicoterapia individual, psicoterapia breve, psicoterapia de grupo ou ainda encaminhado para outros profissionais da área da saúde.

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma análise de alguns fenômenos psicológicos que emergem no processo de triagem, como a transferência e a contratransferência. Durante as supervisões pode-se perceber que apesar de se configurar como um processo rápido em função da delimitação do tempo de atendimento, a relação entre os estagiários de psicologia e os pacientes que passam por esse processo clínico defrontam-se com esses fenômenos. Esse fato se justifica porque os fenômenos de transferência e contratransferência estão presentes nas relações interpessoais, independente do sujeito estar ou não em um processo analítico. Porém na situação clínica o enquadre e o *setting* diferenciados possibilitam que o campo psicológico da entrevista seja estabelecido pelo paciente e, dessa forma, permite que a transferência possa ser observada mais claramente.

Vale ressaltar que é sempre oportuno discutir sobre conceitos psicanalíticos tradicionais e refletir sobre a forma como eles se apresentam na atualidade e como

interagem na complexa relação que se estabelece entre terapeuta e paciente em nosso trabalho clínico cotidiano.

A Entrevista Psicológica

A entrevista psicológica é entendida como uma relação humana entre duas ou mais pessoas, e entendida por Bleger (1980) como um instrumento fundamental do método clinico, logo se configura como uma técnica de investigação cientifica em psicologia. Por se tratar de um instrumento do método clinico, o entrevistador antes de sua utilização, tem que ter bem definido o tipo de entrevista que realizará (aberta ou fechada) e o objetivo bem delimitado.

Num processo de triagem que tem por finalidade verificar qual o melhor encaminhamento a ser realizado, não descarta a necessidade de uma anamnese que se caracteriza pela compilação de dados a respeito da vida do paciente (BLEGER, 1980). Porém esse processo não se realiza por meio de uma entrevista fechada (formulário) e sim por uma entrevista semi-dirigida, que segundo Ocampo e Arzeno (2003) é aquela na qual o paciente tem liberdade para se expressar da maneira que desejar e se sentir melhor, ao mesmo tempo que o psicólogo pode intervir quando julgar necessário, ou seja, quando perceber que a entrevista está se tornando ansiogena ou uma tentativa de torná-la uma confissão. Nesse momento o psicólogo poderá ser um condutor da entrevista retomando aspectos essenciais do discurso ou elaborando intervenções para amenizar a ansiedade.

Para Etchegoyen (2004), um enquadramento fechado de perguntas e respostas, não favorece a livre expressão dos processos mentais do entrevistado, ressaltando que a entrevista pretende verificar como o individuo *funciona* e não como *diz* que funciona. Assim temos que a entrevista psicológica parte do pressuposto de indagar o indivíduo sobre o que ele não sabe, sem desconsiderar o que ele tem a nos dizer.

Porém para que o entrevistado encontre “seu espaço”, Bleger (1980), afirma que o entrevistador tem que participar o menos possível, sem ficar de fora, de forma a deixar para ao outro a iniciativa de iniciar e assim configurar o campo no qual cabe ao entrevistador o papel de observador participante. A partir dessa atitude, têm-se mais condições de verificar

qual o melhor encaminhamento ao paciente, se uma ajuda psicológica ou mesmo psiquiátrica.

Para que essas intervenções possam ser realizadas exige-se do entrevistador uma postura clínica que se expresse por meio da investigação dos fenômenos psicológicos, obrigando-o a realizar uma observação criteriosa (VIZZOTTO, 2002). Essa postura clinica nada mais é que a utilização do método clinico, que significa curvar-se sobre o leito e de observar e descrever.

O método clínico em si mesmo não gera nada, os resultados de seu uso depende grandemente do propósito inicial de sua utilização. O entrevistador deve colocar-se a par dos acontecimentos e agir sobre esse novo conhecimento (BLEGER, 1980).

Ainda segundo o autor acima citado:

> Na sua atuação, o entrevistador deve estar dissociado: em parte atuando com uma identificação projetiva com o entrevistado e em parte permanecendo fora desta identificação, observando e controlando o que ocorre, de maneira a graduar o impacto emocional e a desorganização ansiosa (p. 27).

A partir da citação acima podemos entender que se torna essencial para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica que o entrevistador sinta empatia por seu paciente e real interesse por sua história, de forma a se fazer continente do sofrimento do mesmo. Essa disposição do terapeuta propicia uma maior empatia do paciente, diminuindo assim suas resistências e defesas.

Para que a entrevista psicológica alcance seus fins, faz-se necessário ao aluno o conhecimento e a compreensão de alguns fenômenos presentes nessa relação que podem ditar o rumo da mesma a depender de seu manejo. A influência advinda da psicanálise tornou passível a observação desses aspectos que compõem a relação terapêutica como: atitude do entrevistador (contratransferência, identificação, dissociação instrumental); a atitude do entrevistado (transferência, defesas, ansiedade); e a relação interpessoal (aspectos de projeção, introjeção e identificação). Mesmo sendo vastos os fenômenos presentes na entrevista, esse trabalho focará apenas nos elementos de transferência e contratransferências que podem adquirir caráter de instrumentos de investigação.

Os fenômenos emergentes na entrevista psicológica: Transferência e contratransferência

O interesse em se discutir transferência e contratransferência na entrevista refere-se à possibilidade de indicar como duas personalidades interagem. A partir desses conceitos advindos como contribuição da Psicanálise pode-se fazer um movimento na tentativa de esclarecer como durante uma entrevista os indivíduos produzem comportamentos que se influenciam mutuamente (LODI, 1974).

A transferência é entendida como um processo pelo qual "…os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e eminentemente, no quadro da relação analítica" (LAPLANCHE; PONTALLIS; 2008 p.514). Ainda segundo os autores, repetem-se as primeiras relações vividas na infância, porém esta repetição se dá como um sentimento da atualidade.

Segundo Etchegoyen (2004), a teoria da transferência é uma das maiores contribuições de Freud para a ciência e é também o pilar do tratamento psicanalítico. Freud citado pelo autor acima, afirma que o tratamento psicanalítico não cria a transferência e sim a torna visível, assim como faz com outros processos psíquicos.

As idéias iniciais de Freud (???) sobre a transferência referiam-se à mesma como um obstáculo ao processo analítico, vendo-a se manifestar sob a forma de amor transferencial, na verdade a serviço da resistência ao processo. Ao observar como as reações do paciente eram transferidas dos seus objetos originais ao analista, Freud percebeu que a transferência seria na verdade uma ferramenta fundamental do método de investigação e possibilidade de interpretação analíticos.

Na entrevista o fenômeno da transferência aparece nessa mesma perspectiva, ou seja, ocorre a atualização de sentimentos, de atitudes e de condutas inconscientes por parte do entrevistado, esses sentimentos correspondem aos modelos vividos na infância. A importância da observação do fenômeno da transferência na entrevista se dá pela possibilidade de conhecer a estrutura da personalidade do entrevistado e o caráter de seus conflitos (ETCHEGOYEN, 2004).

Ainda segundo o autor, na transferência o entrevistado fornece aspectos de sua personalidade como: dependência, onipotência e pensamentos mágicos. A partir desses conteúdos o terapeuta poderá identificar as fantasias de cura do entrevistado, resistência a

entrevista ou a receber ajuda o que pode mostrar uma intenção de satisfazer desejos frustrados de dependência e proteção.

Segundo Laplanche e Pontallis (2008), do ponto de vista do tratamento, entendendo a entrevista como uma etapa do mesmo, a transferência em relação à figura do terapeuta, aparece no momento mesmo que os conteúdos recalcados ameaçam se revelar. Deste modo mesmo estando a serviço da resistência, temos nela um instrumento poderoso na medida em que nos prestam o serviço de atualizar e manifestar as moções amorosas, que estavam sepultadas e esquecidas e trabalhar esses conteúdos a partir de sua rememoração como sustentou Freud em ser o ideal do tratamento.

Já em relação à contratransferência, pouco se encontra na obra de Freud, pois esta não era percebida como um instrumento analítico. Só algum tempo depois ela é paulatinamente aceita no meio psicanalítico pela compreensão de que é por meio dela que o analista pode sentir e compreender o que o paciente sente e faz na relação com o analista. (RACKER, 1982).

Segundo Laplanche e Pontallis (2008) a contratransferência é um fenômeno que se define pela posição básica do analista frente ao paciente, assim como em resposta a transferência deste. Freud, citado pelos autores, afirma que a contratransferência é o resultado da influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico e nenhum analista vai além de seus próprios complexos e resistência, e por esse motivo ele ressalta a necessidade do analista se submeter à analise pessoal.

A partir de 1950, surge uma série de trabalhos em que a contratransferência é considerada um problema não só técnico como teórico. Heinrich Racker traz alguns estudos sistematizados e completos a cerca da contratransferência e destaca o seu papel de instrumento analítico. Para Racker esta deve ser percebida como um instrumento sensível que pode ser útil no processo (ETCHEGOYEN, 2004).

Ainda para o autor, o que possibilita o aparecimento de tais fenômenos é o enquadre, que opera no sentido de referência contextual, onde transferência e contratransferência irão adquirir sua significação. O enquadre ordena a relação, na qual o paciente fala de suas vivências e o terapeuta responde com o que acredita ser pertinente, estabelecendo-se assim os papéis terapeuta-paciente.

Assim entendemos que entre transferência e contratransferência se estabelece uma inter-relação, na qual uma responde a outra continuamente seja por meio de sentimentos, angustias, defesas ou desejos que podem ser igualmente reais. A importância do enquadre bem estabelecido, sem desconsiderar a experiência e análise do terapeuta, possibilita ao mesmo não responder à transferência de forma absolutamente racional, pois uma vez dentro do processo analítico o terapeuta pode utilizá-la como ferramenta de seu trabalho para melhor compreender o mundo interno do paciente.

.

Método

Para Realização deste estudo, optamos por utilizar um estudo qualitativo, no qual o material de análise foi obtido por meio de observações realizadas na supervisão clínica do estágio de Triagem e Plantão Psicológico e dos relatórios dialogais descritivos dos atendimentos.

Iniciamos o estudo com a escolha dos materiais clínicos advindos das supervisões do estágio de Triagem. Durante o relato do atendimento dos alunos, verificamos a partir do exposto, tanto pela literatura como pelas informações dadas como anexo ao atendimento, quais os casos em que os fenômenos psicológicos de transferência e contratransferência emergiram de forma mais clara.

O segundo critério para a escolha do material clínico foi a percepção do aluno que realizou o atendimento, em relação à emergência dos fenômenos transferencias e contratransferencias em sua prática clínica e como esses foram caracterizados como um entrave ou como uma ferramenta útil para o desempenho do aluno na realização da entrevista.

A partir dos critérios estabelecidos, selecionamos os materiais clínicos - relatório de atendimento, anotações da narrativa do relatório dos estagiários que realizaram o atendimento e comentário dos mesmos em relação às percepções de si próprios e dos pacientes - que se encontravam mais completos em relação à descrição do atendimento e que viabilizassem uma melhor análise dos mesmos. Após a seleção dos casos procedemos com uma revisão da literatura de autores que trabalharam a questão dos fenômenos psicológicos de transferência e contratransferência que sustentasse teoricamente a análise dos casos selecionados.

;

Caso Clínico

Paciente

Sexo: Masculino Idade: 20 a 25 anos.

Profissão: Desempregado, há seis meses, pois faltava muito e foi mandado embora depois de algumas faltas.

Queixa principal

Procura a clínica de psicologia por estar se sentindo desanimado e triste, relata ter terminado um namoro recentemente e diz ter perdido os amigos por conta do fim do relacionamento. Os pais são divorciados e não vê o pai desde a infância, não consegue retomar os estudos e arrumar um emprego.

Relata ser muito ansioso e querer fazer tudo ao mesmo tempo, em contrapartida não consegue realizar nenhuma tarefa. Largou a faculdade porque ganhou uma bolsa de estudo, mas não a concluiu. No segundo emprego por não ser promovido ficou chateado, começou a faltar e foi demitido. Como é o único homem da casa, diz que se sente responsável pela casa, porque o pai foi ausente e diz que trabalha desde os nove anos de idade.

Aceitou a proposta de atendimento psicológico por achar que precisa fazer alguma coisa de sua vida, porém até o último momento pensou em não vir, pois só procura médicos quando algo muito específico acontece, também pensou que não estava louco para procurar pelo serviço de psicologia.

Análise do atendimento

O processo de triagem foi composto de três entrevistas que foram realizadas por duas estagiárias de psicologia, no decorrer destas o paciente excluiu uma das alunas do processo e direcionava a sua fala sempre para uma delas. A partir dessa forma de se relacionar do paciente podemos ver uma repetição de sua relação com os pais, ou seja, alguem precisa ser excluído nessa relação triangular, dentro desse contexto se estabelece uma relação de transferência.

Na supervisão as alunas relatam a sessão e descrevem suas atuações e como se sentiram durante o processo. Uma das estagiárias, a qual o paciente se dirigia, relata que sentiu-se irritada com a postura passiva do paciente e com a ambigüidade do conteúdo trazido pelo mesmo e age a partir de seus sentimentos. Na última sessão na qual deveria ocorrer a devolutiva o paciente não retornou.

Vinheta clínica

Nesse fragmento do atendimento destacamos um diálogo no qual podemos perceber uma atuação da estagiária a partir da contratransferência, onde a mesma responde de forma emocional ao conteúdo trazido pelo paciente.

P: “Quando a gente brigava, eu procurava meus amigos pra sair e espairecer” SIC, em um segundo momento diz “Eu fico bravo quando me procuram só pra pedir favor ou quando precisam de mim” (SIC).
A estagiária sentiu-se irritada com a postura passiva e com a ambigüidade do conteúdo que o paciente estava trazendo e atua na contratransferência respondendo:
E: “Mas você percebe que faz a mesma coisa que seus amigos? Você não disse que quando brigava com sua namorada você procurava por eles? Então, eles te procuram quando precisam de você e você os procura quando precisa deles” (SIC).
P: O paciente responde com um momento de silêncio e surpresa “Nossa! Que chato isso!” SIC.

Discussão

A partir do relato do caso clinico podemos observar a emergência dos fenômenos de transferência e contratransferência e como os mesmos acontecem em um processo de curto prazo como o de triagem.

É importante ressaltar que o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas a torna visível, assim como resgata Etchegoyen (2004) na obra de Freud, no decorrer da entrevista o paciente repete as primeiras relações vividas na infância, porém esta repetição se dá como um sentimento da atualidade. Diante desse contexto a estagiária de psicologia é

influenciada inconscientemente pelos sentimentos do paciente que mobilizaram nesta, seus conflitos e esta responde a partir de fenômenos emocionais. Na discussão em supervisão pode-se perceber que a mesma havia identificado dificuldades antigas, ou seja, relacionou conteúdos do paciente com vivências pessoais, e mostrou-se irritada, agindo movida pela contratransferência.

Nesse caso, Etchegoyen (2004) diz tratar-se de um fenômeno transferencial do analista, mas esse fenômeno quando queremos preservar a situação analítica, tem que ser uma *resposta* ao paciente, do contrário não poderíamos afirmar se tratar de um processo analítico e sim a reprodução do que passa na vida de duas pessoas em conflitos.

Diante desse fragmento de caso clínico podemos evidenciar a importância dos três pilares para exercer a psicanálise, análise pessoal, supervisão e estudo. Essa primeira experiência clínica oferecida pelo estágio de triagem possibilita um contato com esses fenômenos (transferência e contratransferência) fora de um contexto didático, ou seja, em um contexto clínico no qual se pode perceber como é importante que o analista esteja em contato com seus próprios conflitos inconscientes e como sofre influências a partir da transferência do analisado, no caso o entrevistado.

A inexperiência e as ansiedades provocadas por esse primeiro contato com o paciente suscitaram uma resposta em que não foi possível manejar a transferência, e a estagiária não pode perceber no aqui e agora seus sentimentos em relação ao paciente e responder a eles de forma adequada transformando os mesmos em um conteúdo utilizado a favor do processo.

Etchegoyen (2004) nos orienta que a entrevista é um desafio e que nenhum terapeuta pode estar seguro de se sair bem, em outras palavras o entrevistador responsável deve estar ansioso por seu entrevistado, por sua tarefa e por si mesmo. Segundo Sullivan, citado pelo autor acima, a ansiedade tem que se manter em um limite aceitável, e esta depende da habilidade do entrevistador, pois se muito baixa ou ausente o entrevistado carece de incentivo mais autêntico para se expressar, e se é muito alta o processo de comunicação sofre e a entrevista tende a desorganizar-se.

Podemos observar na análise desse fragmento de caso clínico, que o correlato da transferência do paciente é a contratransferência que adquire um caráter complementar à transferência. Assim, se pensarmos no relato da estagiária de que a fala do paciente, que

sempre era dirigida a ela, a irritou muito, podemos referenciar Racker (1982), quando diz que quanto maior for a compreensão do terapeuta em relação aos seus sentimentos dirigidos ao paciente, ou seja, a resposta contratransferencial, naturalmente mais fácil será para o mesmo compreendê-la e superá-la, fazendo da mesma um instrumento interventivo.

Podemos entender nesse contexto que a desistência do paciente no processo de triagem se justificou pela dificuldade da estagiária em usar a própria contratransferência como um instrumento no processo. A partir de sua resposta o paciente não se sentiu compreendido e sim acusado de suas falhas, ou seja, se o terapeuta age em função de seus sentimentos e emoções ele repete alguma situação familiar do paciente, mantendo assim o mesmo estado patológico do mesmo. Para promover mudanças é necessário que o terapeuta transforme os fenômenos de transferência e contratransferência em interpretações, para que estes possam ser utilizadas como elementos de esclarecimento do estado mental do paciente.

Conclusão

Dentro desta experiência no estágio de triagem promovido aos alunos do VII semestre, podemos perceber a importância da vivência da experiência clínica que possibilita maior compreensão do fazer do psicólogo.

A partir deste trabalho podemos concluir que a prática clínica do psicólogo revela a genialidade de Freud confirmando suas descobertas até a atualidade. Inicialmente Freud admitiu que sua falha ao analisar a transferência de uma paciente provocou a interrupção prematura do tratamento, mas esse episódio faz parte da evolução do conceito que se tornaria um marco fundamental na psicanálise: a transferência.

Esperamos que esta reflexão possa se expandir em outros trabalhos, tendo em vista que os escritos principalmente sobre contratransferência ainda são escassos em nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEGER, J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 137 p.

ETCHEGOYEN, R. H. A entrevista psicanalítica: estrutura e objetivos. In. _____ Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.39-43.

ETCHEGOYEN, R. H. A entrevista psicanalítica: desenvolvimento. In. _____ Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.44-48.

FREUD. S. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: _____. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 12. p. 207-223 (Original publicado em 1915[1914])

LAPLANCHE J.; PONTALIS, D. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins fontes, 2008. 552 p.

LODI, J.B. A entrevista: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1974. 176 p.

RACKER, H. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 176 p.

Inscricao Numero: 173
Nome: Carolina Lima Brandão de Oliveira
Tel.: (13) 33495487
Email: carolinalbo@yahoo.com.br
Cidade: Santos
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Oitavo
Faculdade: Universidade Metodista de São Paulo

POSTER 24

PERFIL DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE VOTORANTIM – SP

Melanie Louise Rocha Monteiro Furquim[68]
Luisa Ester Barbalho de Freitas Rodrigues
Patrícia de Paulo Antoneli
Paulo Lima
Beatriz Agassi Vieira

RESUMO

O objetivo desta apresentação é o de resgatar o histórico do Ambulatório de Saúde Mental de Votorantim, identificar as características desse Serviço, sua forma de funcionamento e o perfil da população atendida, bem como sua articulação com outros serviços de saúde do município. Através de pesquisa documental, de dados estatísticos dos atendimentos realizados no primeiro semestre de 2008 e de entrevistas semi-estruturadas, pudemos concluir que se trata de um equipamento de saúde mental em momento de adaptação. Os dados apontam também a insuficiência de recursos físicos e humanos, resultando, entre outros, em demanda reprimida em todas as especialidades e configuram o Ambulatório como importante referência de saúde mental para a população e para outros profissionais da saúde do município.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, ambulatório de saúde mental, equipe multiprofissional, atendimento humanizado.

1 - INTRODUÇÃO

[68] Email dos autores na ordem: mlrmonteiro@uol.com.br; luisaester@hotmail.com; patriciaantoneli@yahoo.com.br; paulo_jclima@hotmail.com; bagassi@bol.com.br

No final da década de 70 teve início no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, que apregoava a necessidade de mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas da saúde, questionando o modelo de assistência à saúde mental, centralizada no hospital psiquiátrico e na exclusão social.

A Reforma propunha a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, serviços capazes de oferecer uma estratégia de cuidados e atenção que se contrapunham ao modelo manicomial, com sua cronificação e confinamento dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico.

Foi nesse contexto que surgiram os primeiros ambulatórios de saúde mental. Entretanto, contrário ao que propunha a Reforma, os primeiros ambulatórios funcionavam como dispositivo alternativo ao hospital psiquiátrico, facilitando o acesso às internações, sem visar a diminuição de leitos e a futura desativação daquelas instituições.

Contemporâneo ao movimento da Reforma Psiquiátrica, o movimento pela Reforma Sanitária também lutava por mudanças na assistência à saúde, defendendo uma assistência mais igualitária, humanizada e pública.

Para enfrentar as contestações e a crise no sistema de saúde, o estado propôs algumas alternativas, como o CONASP, Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que elaborou planos de reorientação da saúde, dentre os quais se destacava o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social (1982), que ressaltava a necessidade de um redimensionamento para a questão do adoecimento psíquico, propondo o estabelecimento de uma assistência em saúde mental que priorizasse os serviços extra-hospitalares, a formação de equipes multiprofissionais e o desenvolvimento de ações no nível primário. (Yalle, 2007). De acordo com essa proposta, surgem os ambulatórios extramuros, localizados fora dos hospitais psiquiátricos.

A partir dos anos 80, o Ambulatório assume uma posição assistencial contrária ao modelo manicomial, incluindo a oferta do atendimento psicoterápico a população menos favorecida. Essas mudanças coincidem com a entrada de novos profissionais no serviço público de saúde, como psicólogos e assistentes sociais.

Segundo a Portaria 224/1992 do Ministério da Saúde, que adota a Reforma Psiquiátrica como política oficial para o campo da Saúde Mental no Brasil (Yalle, 2007), o Ambulatório deve oferecer um conjunto de atividades em diversas especialidades, como o

atendimento individual e grupal, visitas domiciliares, atividades comunitárias, entre outras, que devem ser executadas por equipe multiprofissional. Este seria, segundo Tenório (2001), o ambulatório da Reforma, serviço cujas ações são pautadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

2 - OBJETIVO

Apresentar o histórico do Ambulatório de Saúde Mental de Votorantim, descrever seu funcionamento e sua articulação com outros serviços de saúde do município, caracterizar o perfil de sua população, identificar sua abrangência e as características do serviço oferecido, bem como possíveis limitações e necessidades.

3 – METODOLOGIA

Pesquisa documental; análise estatística dos dados dos atendimentos do primeiro semestre de 2008; entrevista semi-estruturada com funcionários e ex-funcionários.

4 – RESULTADOS

4.1 – HISTÓRICO

O Ambulatório de Saúde Mental como se apresenta hoje enquanto estrutura física e equipe técnica é resultado e conquista de um processo que se iniciou no final da década de 80.

Os primeiros profissionais que compuseram o quadro do que viria a ser o Ambulatório foram uma psicóloga, uma fonoaudióloga, duas auxiliares de enfermagem e uma atendente de balcão, contratadas em regime de CLT e que dividiam o espaço físico com a equipe do DAMSP – Departamento de Assistência Médica à Saúde do Trabalhador - em um imóvel alugado próximo a Prefeitura.

Psicóloga e fonoaudióloga foram inicialmente contratadas (1988) para o “Projeto Escolar” da Prefeitura, técnicas cuja função era visitar escolas municipais e fazer a avaliação e triagem – mas não o atendimento - de crianças com dificuldades escolares. Em pouco tempo de atividade, duas necessidades se tornaram prementes: a mudança para um imóvel maior e o atendimento da população triada. Foi quando a equipe – juntamente com o

DAMSP – se mudou para imóvel próprio da Prefeitura e quando outra psicóloga foi contratada.

Essas mudanças marcaram o início do atendimento psicológico e fonoaudiológico de crianças, exclusivamente, com queixas escolares.

Em 1991 a Prefeitura realizou seu primeiro concurso público e, no início de 1992 o quadro de funcionários daquela equipe começou a ser alterado com a demissão de uma das psicólogas e admissão de outra. Uma das psicólogas anteriores permaneceu por ter sido aprovada no concurso. Também foram convocadas duas psiquiatras e uma enfermeira. Os demais profissionais – auxiliares e atendente – permaneceram os mesmos.

Com a formação dessa equipe teve início o atendimento psiquiátrico da população e a continuidade dos atendimentos psicológicos e fonoaudiológicos, com duas importantes ampliações: o atendimento destas especialidades deixou de ser exclusivamente voltado às queixas escolares e passou também a abranger problemas emocionais e, adultos e adolescentes também passaram a ter acompanhamento psicológico.

Do início da década de 90 até os dias atuais, outras mudanças ocorreram, sendo uma das mais importantes a mudança da equipe técnica para um imóvel alugado, na Avenida São João. Foi nesse imóvel que, em 1994 o AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL se constituiu como tal, dando início à sua identidade enquanto serviço voltado para a saúde mental da população. Desde então, outros profissionais foram acrescentados à equipe, tais como assistente social, psicólogas, psiquiatras, fonoaudióloga e um diretor técnico. Foi também nessa época que o Ambulatório deu início ao programa para atendimento e orientação de alcoolista e usuários de outras substâncias psicoativas.

Em 1998 deu-se nova mudança de prédio, desta vez para imóvel próprio da Prefeitura, onde as salas de atendimento eram maiores e os consultórios médicos possuíam lavatório, cumprindo as exigências da Vigilância Sanitária. Foi nesta época que os atendimentos, com exceção dos atendimentos psiquiátricos – passaram a ser feitos em grupo, o que representou importante ampliação na natureza dos serviços oferecidos. Passaram a ser realizados grupos de orientação de pais, de acolhimento, de informações sobre medicamentos, além dos grupos de atendimento psicológico e fonoaudiológico, o que também contribuiu para que maior número de usuários pudessem se beneficiar desses

serviços. Em 2004 deu-se a última mudança de prédio para um imóvel projetado especificamente para abrigar o Ambulatório de Saúde Mental.

Atualmente, a equipe é composta por uma Assistente Social, que acumula a função de gerente da unidade, uma enfermeira, uma psicóloga de adultos, uma psicóloga de adolescentes, três psicólogas infantis, uma estagiária de psicologia, duas fonoaudiólogas, seis psiquiatras, duas auxiliares de enfermagem, uma escriturária, uma atendente de balcão e uma auxiliar de serviços gerais. Essa equipe é responsável pelo atendimento dos usuários que procuram o serviço, que conta com aproximadamente 13.500 usuários cadastrados.

4.2 - APRESENTAÇÃO DO AMBULATÓRIO

A cidade de Votorantim situa-se a aproximadamente 90km de São Paulo e 5 km de Sorocaba, cidade da qual se emancipou em 1963. A população é de aproximadamente 107.000 pessoas (Censo 2006), com crescimento de 1600 pessoas ao ano. Sua população é majoritariamente urbana e sua estruturação se deu, predominantemente, em torno de grandes fábricas (cimento e têxtil).

O Ambulatório de Saúde Mental de Votorantim funciona como um ambulatório de especialidades e se vincula à Secretaria da Saúde através de sua gerente e dos Diretores de Saúde. Funciona de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h, contando com serviço de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, enfermagem, auxiliares de enfermagem, farmácia, escriturária e atendente de balcão.

Os encaminhamentos podem ser externos - advindos das Unidades Básicas de Saúde, de diferentes especialidades médicas; Pronto Atendimento (PA); hospitais gerais ou psiquiátricos; CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); de escolas; do Conselho Tutelar; do Fórum ou encaminhamentos internos, além de procura espontânea.

O atendimento psiquiátrico é realizado dentro do modelo clínico, individualmente, com entrevistas familiares e orientação, quando necessário. O atendimento de fonoaudiologia é realizado individualmente ou em grupo, abrangendo queixas emocionais, escolares e orgânicas. A enfermagem realiza grupos de orientação sobre a medicação e supervisiona a farmácia, onde são dispensados os medicamentos controlados.

Na psicologia, o acompanhamento é realizado prioritariamente em grupos, com freqüência semanal, com média de oito participantes, podendo ser mistos ou não, divididos por faixa etária e com queixas e duração variáveis, de acordo com as necessidades e avaliação técnica. Também são realizados grupos de orientação diversos (para pais, sobre sexualidade, uso e abuso de drogas, cuidados com idosos, entre outros), além de acolhimentos quando a demanda emocional é emergencial e triagens dos casos novos.

Os atendimentos em psicologia e em psiquiatria contemplam desde transtornos neuróticos mais simples até transtornos psicóticos graves, desde que passíveis de acompanhamento ambulatorial. As queixas escolares têm atendimento psicológico desde que sua origem seja emocional.

Mensalmente, ocorre reunião de equipe, onde são tratados assuntos administrativos e discussões de casos pela equipe técnica, se necessário.

Quanto à estrutura física, conta com três consultórios médicos pequenos, três salas de atendimento psicológico e uma sala de atendimento fonoaudiológico de tamanho médio, uma sala do Serviço Social e uma sala de enfermagem, ambas sem isolamento acústico, uma farmácia e um balcão de recepção.

4.3 – DADOS DEMOGRÁFICOS

A população atendida pelo Ambulatório é constituída por munícipes de ambos os sexos, com idade superior a três anos, com variável grau de instrução e estado civil e, em sua maioria, menos favorecidos economicamente.

4.3.1 – Dados demográficos: *total de atendimentos realizados no período de janeiro a junho de 2008*

PSIQUIATRIA	6340
PSICOLOGIA	631
FONOAUDIOLOGIA	310
SERVIÇO SOCIAL	583

;

TOTAL DE ATENDIMENTOS 7291

Cabe ressaltar que, na psiquiatria, os retornos dos pacientes são, em média, trimestrais, gerando atendimento de diferentes pacientes a cada dia, enquanto na psicologia e na fonoaudiologia, os atendimentos são semanais, fazendo com que o atendimento de mesmos pacientes se repita ao longo das semanas, explicando a diferença entre o número de atendimentos nessas especialidades.

4.3.2 – Dados demográficos – *Sexo*

Do total da população atendida no Ambulatório de Saúde Mental, 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino.

Nas diferentes especialidades, eles estão assim divididos por sexo:

- Psiquiatria: 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino;
- Psicologia: 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino;
- Fonoaudiologia: 40% do sexo feminino e 60% do sexo masculino;
- Serviço Social: 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino;

Nas diferentes faixas etárias atendidas pelo *setor de psicologia*, encontramos a seguinte distribuição:

- Adultos: 84% do sexo feminino e 16% do sexo masculino;
- Adolescentes: 43% do sexo feminino e 57% do sexo masculino;
- Crianças: 33% do sexo feminino e 67% do sexo masculino.

5 – DISCUSSÂO

Historicamente, embora o Ambulatório de Saúde Mental de Votorantim tenha sido implementado já em tempos de Reforma Psiquiátrica, observa-se que resultou

mais de uma organização formal, da locação dos profissionais da área “psi” em um mesmo espaço físico, do que de uma proposta de trabalho e de políticas públicas voltadas especialmente para a atenção à saúde mental, panorama que permanece ainda nos dias atuais.

Por concentrar a assistência em Saúde Mental oferecida pela rede pública de saúde, constitui-se em importante referência para a população e para outros profissionais da saúde.

Sua organização pode ser caracterizada como tradicional mas, com exceção da Psiquiatria, podemos falar que a atuação dos demais profissionais se aproxima do modelo da Reforma, desenvolvendo um trabalho em equipe, a humanização do atendimento e a valorização do indivíduo e de sua subjetividade.

O atendimento oferecido abrange todas as formas de sofrimento psíquico, que podem ser satisfatoriamente tratadas em regime ambulatorial. No entanto, a demanda recebida e atendida mensalmente é grande para o número de profissionais, o que faz com que o atendimento tenha caráter, predominantemente, emergencial, restrito ao tratamento e reabilitação, diminuindo a ação de prevenção e promoção em saúde mental. A limitação do espaço físico e a equipe reduzida e incompleta impedem ações mais abrangentes e resultam em demanda reprimida em todas as especialidades.

A falta de recursos adequados de sistematização e documentação de dados dificulta o acesso a informações e ações que dependam destas, como o planejamento de estratégias em Saúde Mental, que respondam às reais necessidades dos usuários, o desenvolvimento de pesquisas e atualização constante, dificuldades encontradas para a realização desta pesquisa.

Finalmente, a partir dos dados obtidos, surgem diversas indagações sobre o trabalho que vem sendo realizado, instigando e mantendo viva a necessidade da troca, do diálogo, tão fundamentais ao aprimoramento contínuo e ao atendimento humanizado em Saúde Mental.

Referências consultadas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de Assistência à Saúde. Portaria/SNAS nº 224, de janeiro de 1992. http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPA. Brasília, novembro 2005.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf

Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In I. F. Ferrari & J. N. G. Araújo (orgs). *Psicologia e Ciência na PUC MINAS* (pp 291-312). Belo Horizonte: PUC minas.

Resende, H. (2001). Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. S. Costa (orgs), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp 15-73). Petrópolis: Vozes.

Santos, Y. F. (2007). *O Ambulatório de Saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal/RN*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do rio Grande do Norte, Rio Grande do norte.

Tenório, F. (2001). *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Inscricao Numero: 217
Nome: Melanie Louise Rocha Monteiro Furquim
Tel.: 15/ 3411-7041
Email: mlrmonteiro@uol.com.br
Cidade: Sorocaba
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro

Faculdade:

Graduado na: Instituto de Psicologia - USP/ SP
Graduou-se em: 1989
Onde Trabalha ou atua: Ambulatório de Saúde Mental de Votorantim

POSTER 25

O BEBÊ NÃO EXISTE... E A MAE NÃO EXISTE DE FORMA ISOLADA

Benedita Torres Rodrigues[69]
Denise Sanchez Careta[70]
Ivonise Fernandes da Motta[71]

RESUMO
Os encontros ludoterapicos com Sissi, quatro anos de idade, ocorrem numa instituição que abriga menores, localizada na Grande São Paulo. Seguimos o método clinico, utilizando-se dos conceitos psicanalíticos, pela ótica de D. W. Winnicott. O atendimento infantil realizado com Sissi objetivou-se favorecer a continuidade do desenvolvimento emocional da criança, que comunicava ausência da vivacidade. Winnicott (1963) defendia que em alguns pacientes, aqueles mais comprometidos emocionalmente, o vazio revelado precisava ser experenciado com o analista pela primeira vez, um vazio que pertence ao passado quando houve falha no ambiente no momento em que a criança não dispunha de um ego suficientemente integrado para se defender das intrusões. Por muitos encontros Sissia se apresenta em estado amorfo, sem vida, sem expressividade. A partir da presença do gesto espontâneo da analista, estabelece-se a comunicação com a criança. Concluímos que a espontaneidade e a presença viva da analista favoreceram o emergir de aspectos de vivacidade na criança.
Palavras chave: desenvolvimento emocional, instituição-abrigo, encontros ludoterápicos, vivacidade, Winnicott.

INTRODUÇAO

Os encontros ludoterápicos com Sissi[72], quatro anos de idade, ocorrem numa instituição que abriga menores, localizada na Grande São Paulo. Seguimos o método clinico, utilizando-se dos conceitos psicanalíticos, pela ótica de D W Winnicott. O atendimento infantil realizado com Sissi objetivou-se favorecer a continuidade do desenvolvimento emocional da criança, que comunicava ausência de vivacidade.

[69] Psicóloga. Colaboradora do LAPECRI: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade – USP. E-mail: benny-6@hotmail.com (11) 4252-5526
[70] Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Pesquisadora do LAPECRI:, Laboratorio de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens psicoterápicas – USP
USP. E-mail: denisescareta@usp.br / denisecareta@uol.com.br (11) 4472-6281.
[71] Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do LAPECRI-USP email: ivonise@usp.br (11) 3887-1516.

[72] Nome fictício.

Winnicott (1963) defendia que em alguns pacientes, aqueles mais comprometidos emocionalmente, o vazio revelado precisava ser experenciado com o analista pela primeira vez, um vazio que pertence ao passado quando houve falha no ambiente no momento em que a criança não dispunha de um ego suficientemente integrado para se defender das intrusões.

Chama a atenção ainda que o paciente precisa "lembrar", mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que lhe acontecesse, isto é, ainda não esta constituído como uma unidade.

A identificação terapeuta-paciente e o manejo de setting, favoreceu um ambiente de holding possibilitando o atendimento das necessidades da criança. Afirma Winnicott (1964, p. 77) que em alguns pacientes, com certo tipo de diagnóstico, a provisão e a manutenção do setting são mais importantes que o trabalho interpretativo.

Quando Winnicott utilizou a expressão mãe devotada comum referindo-se a uma função que remonta os primórdios da civilização, quis dizer que de forma geral as mães cumprem essa tarefa suficientemente bem. Foi no verão de 1949, enquanto se preparava para uma série de palestras, a primeira vez que utilizou a expressão "*mãe dedicada comum*", considerando o termo óbvio e esclareceu: "*quando digo a palavra dedicada quero simplesmente dizer dedicada*".

A mãe, ao pressentir e ao ofertar aquilo de que o bebê necessita, está neste momento protegendo-o e possibilitando que ele exista. Winnicotti (1956, p.399) apresentou o estado de *Preocupação Materna Primária*, em que a mãe entra numa fase da qual ela comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê e o bebê é ela.

A psicoterapia, que se compunha pelo *manejo* de setting, auxiliou o estado de regressão da criança que pôde contar com a condição ambiental do holding e confiar no analista. Winnicott (1954, p. 347) considerava que a vantagem da regressão é a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce.

DESENVOLVIMENTO: Um olhar clínico

Os encontros psicoterapeuticos com Sissi aconteceram uma vez por semana, por 50 minutos, no contexto institucional do abrigo em que a criança se encontra. Oferecemos a caixa lúdica, com diversos brinquedos, tais como: boneca-bebê, mamadeira, banheira, bonecos representativos de figuras de família, telefone, objetos de cozinha como pratos, panelas, talheres, cesta com frutas, legumes e alguns carrinhos como também, materiais gráficos, os quais ficam acomodados numa pasta individual. São eles: lápis de cor, papel sulfite, massa para modelagem, tinta para pintura, lápis preto, borracha, apontador e cola.

Por aproximadamente quatro meses, Sissi requisitava intensamente ajuda da terapeuta para executar tarefas. Percebeu-se a necessidade da criança em busca pela ajuda e presença da terapeuta, mesmo para tarefas simples, tais como abrir a pasta, pegar um lápis ou a tinta, limpar as mãos quando se apresentavam sujas, ou até mesmo segurar os objetos quando não os estava usando. Não dava continuidade às atividades que iniciava.

Em raras ocasiões pegava a boneca e a colocava na cadeira, próxima de si, ou sob a mesa de trabalho. No geral, quando não agia dessa forma, entregava a boneca para a terapeuta segurar, demonstrando necessidade de cuidados.

Por algumas vezes, frente ao encerramento da sessão, Sissi solicitava para que a terapeuta cuidasse da boneca na ausência dela. Outro fato importante refere-se ao significado que a criança atribuía à mamadeira, como aquela que não continha leite e sim remédio.

Prosseguindo pelos encontros com Sissi, quando pegava a boneca-bebê, tomava-a pelo braço ou pernas sem efetivamente carregá-la ao colo e as vezes chegava a cair ao chão e ela parecia não perceber. Outra situação interessante consistia em que a criança chegava para o atendimento e comunicava: “hoje quero brincar de boneca”, posicionava-se à cadeira indicando que se dirigia a tal atividade, mas imediatamente se direcionava a outro objeto, não permanecendo o interesse e a continuidade.

Representa a casa por meio de objetos, porém inacabada. Descreve que a casa é composta por água suja, com janelas fechadas pela mãe. Depara-se com a ambivalência e retrata a mudança de tempo concomitantemente. A interioridade da casa é apresentada por um dragão que fica escondido e aparece para atacar. Discretamente Sissi se aproxima de aspectos agressivos e destrutivos, mas delicadamente, descreve a ambivalência. Esta

situação se evidencia quando o limite é explicitamente exigido, então Sissi paralisa, silencia-se e a comunicação é interrompida.

A COMPREENSÃO DA ANALISTA COMO SUFICIENTEMENTE BOA

Após longos meses em que a criança se apresenta sem vivacidade, Sissi demonstra o movimento vivaz. Num encontro que ocorreu em agosto de 2009, Sissi desenhou chuva num espaço da folha sulfite com um círculo à sua volta e explica que a chuva ocorria somente naquele pequeno espaço.

A analista olha para o desenho e baseada nas experiências anteriores com a criança, a priori, sabia que seria em vão tentar investigar o desenho, as perguntas certamente representariam intrusões. Neste momento, a analista fala em voz alta como se estivesse só na presença de alguém, por meio de um gesto espontâneo, que é o protagonista dos processos de criação e de comunicação. Winnicott (1960, p. 135) explicava que o gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real.

Assim, a analista por meio do gesto espontâneo, diz:

"... tem dia que chove... tem dia que bate sol

...tem dia que a gente vai para a escola..."

Exatamente no momento da pausa da fala do analista, Sissi se apresenta:

"*e tem dia que a gente vai ao cinema"*

Estava estabelecido um jogo de palavras onde a analista começava e Sissi, agora participativa, continuava.

Assim, a analista continua: "... tem dia que a gente fica triste e até chora".

Sissi, inesperadamente diz: "... tem dia que a mãe vai embora".

A partir deste momento, o jogo se encerra e Sissi relata seu drama: apresenta a figura materna, e também o que ainda não tinha feito, e revela a esperança que a mãe virá buscá-la quando o Juiz determinar.

A partir desta sessão, e até os momentos atuais, a criança apresenta-se comunicativa, falante, e se dirige à analista, frente a frente, olhos nos olhos. Retrata seus medos, como, por exemplo, de bichos, baratas, formiga, cobra e formula historias criativas, inclusive sobre outras crianças.

Atualmente, com espontaneidade, Sissi retrata a mãe, como também sobre o que gosta e o que não gosta, aborda ainda seu dia a dia na escola. Quanto às experiências ludoterapeuticas, atualmente, oferece mamadeira à boneca, troca a fralda, agasalha-a para que não sinta frio, protege-a contra “baratas” e até agride algum “bicho” que simbolicamente ofereça perigo à boneca-bebê.

Sissi se aproxima dos cuidados maternos, da maternagem, pode cuidar de si mesma por meio do brincar. A seqüência é dotada de sentido e a continuidade é explorada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quantos encontros se finalizaram e a analista se perguntava: O que efetivamente aconteceu? E considerando o estado amorfo que se apresentava, a ausência de vivacidade, a falta efetiva de comunicação, a resposta se constituía por: NADA!.

Quantas vezes o sentimento de impotência se apresentava diante do vazio e do nada que se instalava nas sessões com Sissi. Quantas vezes o tempo parecia longo demais para tão poucos minutos de sessão.

Estavam à frente de Sissi, a caixa lúdica e o material gráfico, mas contratransferencialmente era como se ela não os visse de fato, comunicando talvez, um estado de alheiamento em si mesma.

Ao longo dos dias, meses e sessões, a relação paciente e analista, foi se constituindo e se sustentando, até que espontaneamente, por meio de um gesto criativo da analista, calcado no holding que era oferecido à criança, o acontecimento humano se apresenta, o que Winnicott denominava como sagrado, quando se referia ao que acontecia no jogo do rabisco (1964), onde a dupla toma consciência em conjunto, repentinamente, da natureza exata do problema emocional que aflige a criança, e que a está impedindo de crescer e de usufruir do fato de ser ela mesma.

> Neste trabalho, o consultor ou especialista não precisa tanto ser arguto quanto capaz de proporcionar um relacionamento humano natural e de livre movimentação dentro do *setting* profissional, enquanto que o paciente gradualmente se *surpreende* com a produção de idéias e sentimentos que não estiveram anteriormente integrados na personalidade total. Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional – uma forma de sustentação [*holding*]. (WINNICOTT, 1964/1994, p.230)

Winnicott criou o jogo do rabisco como um meio prático para entrar em contato com a criança que por alguma razão não podia se submeter à psicanálise e pesquisar os estágios primários do desenvolvimento psíquico, em suas falhas a fim de oferecer possibilidades de desbloqueio e continuidade no desenvolvimento, não a partir de uma interpretação, mas uma vivência mútua onde pode acontecer a revivência de aspectos traumáticos.

Naquele exato momento, quando a linguagem da analista foi de encontro com o que a paciente precisava, estabeleceu-se a comunicação, despertando aquilo que parecia estar adormecido, ou seja, favoreceu para que a criança desvelasse o contato psíquico.

É de considerar também a importância da analista de poder sobreviver ao estado amorfo do paciente. Segundo Winnicott (1968, p.170), o objeto está sempre sendo destruído: esta destruição se torna o pano de fundo inconsciente para o amor de um objeto real, ou seja, um objeto situado fora da área do controle onipotente do sujeito. O sujeito diz ao objeto: "destrui você", e o objeto acha-se lá para receber a comunicação. A partir daí, o sujeito diz: "*Alô objeto"... "Destruí você"... "Amo você"... "Você tem valor para mim por sobreviver à minha destruição de você. Enquanto estou amando você, estou todo o tempo destruindo você na fantasia*". Aqui começa a fantasia para o individuo e agora pode usar o objeto que sobreviveu.

Sissi pôde restabelecer a linha da vida, aproveitando as suas tendências inatas ao desenvolvimento, a fim de apropriar-se de si, como representação de uma pessoa viva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WINNICOTT, D. W. (1949). A mãe dedicada comum. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, (2006)p. 1-11.
_____ (1954). Retraimento e regressão. Da pediatria à psicanalise. Rio de Janeiro: IMAGO, 2000, p. 347-354
_____ (1956). A preocupação materna primária. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: IMAGO, 2000, p. 399-405
_____ (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139.
_____ (1963). O medo do colapso (Breakdown). Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 70-76.
_____ (1964). A importância do setting do encontro com a regressão na psicanálise. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 77-81.
_____ (1964). O jogo do rabisco (Squiggle Game). In: ____ *Explorações Psicanalíticas.* Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 230-243.

_____ (1968). Sobre “O uso de um objeto”. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 170-177.

Inscricao Numero: 122
Nome: Benedita Torres Rodrigues
Tel.: 011 97830188
Email: benny-6@hotmail.com
Cidade: São Bernardo do Campo
Estado: SP
Semestre: Primeiro
Graduado na: Universidade Metodista de São Paulo
Graduou-se em: 1978
Onde Trabalha ou atua: Clinica

POSTER 26

DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE SÃO PAULO[73]

Cleny Labate
Ivan Rabelo
Claudia A Gil
Leila Cury Tardivo[74]

RESUMO

O presente relatório se refere ao projeto de pesquisa; que enfoca os idosos; em especial aqueles que sofrem com depressão. Visou estudar e comparar o nível de qualidade de vida de idosos com e sem depressão. Fizeram parte da pesquisa 102 participantes com idades de 60 a 99 anos de idade, com uma média de 74.3; e 23,5 %de homens e 73,5 % de mulheres (dado que confirma estudos da literatura que confirma haver mais mulheres nessa faixa etária) . Foram divididos em dois grupos: o Grupo controle foi composto por 47 pessoas sem depressão, que obtiveram 10 pontos ou menos no BDI. O grupo Experimental foi composto por 55 pessoas da mesma faixa etária, pareado também por sexo, composto por pessoas que buscam atenção psicológica, por queixas de depressão, todos com nota 11 ou mais na Escala Beck de Depressão (BDI). Houve uma correlação entre prejuízos na qualidade de vida e depressão.

Palavras –chaves: idosos; depressão; BDI, qualidade de vida; WHOQOL bref

INTRODUÇÃO

O envelhecimento como uma etapa da vida que permanece pouco conhecida e estudada, se comparada a outras fases do desenvolvimento humano. (OLIVEIRA, SANTOS, CRUVINEL E NÉRI, 2006)

[73] Esse texto é um recorte do relatório final do Projeto Qualidade de Vida e Depressão Em Idosos de São Paulo:Estudo de Validação do Teste Projetivo – SAT - Aprovado no Edital Mct/CNPq 50/2006 – Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas -PROCESSO N. 401649/2007-5

[74] Expressamos os agradecimentos aos colaboradores que trabalharam nas diferentes fases do Projeto, a saber: Daniele Stivanin; Eliana de Siqueira;Lilian de Souza Marcela Cury; Karen Furlan;Mariana Penteado; Rafael Trevizoli; Sandra Okagima; Kalana Labate Garcia;Marcelo Abuchacra
, e a Profa. Dra Lucilena Vagostello (juíza do SAT)

A depressão é um dos eventos psíquicos mais comuns entre idosos e apresenta peculiaridades que a tornam qualitativamente diferente da depressão presente em adultos (BLAY E MARINHO, 2007) . E poder ser considerado um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e, assim, merece atenção especial por parte dos órgãos competentes (BARBOSA FILHO, 2007).

As condições de saúde nessa faixa etária são preocupantes, assim como a insuficiência do sistema de seguridade social, no Brasil em países latino americanos e no Caribe (Lebrão, Maria Lúcia; Laurenti, Rui.,2005)

Na revisão da literatura encontramos trabalhos que empregam o Inventário de Depressão de Beck (BDI), como o nosso, e outros trazem outras escalas, criadas com a mesma finalidade; sendo muitos com uma escala específica para ser usada com idosos:*Escala de Depressão Geriátrica (GDS - Geriatric Depression Scale).*
(CUPERTINO E COL,2006; GRINBERG,2006; COUTINHO, E COLS, 2003; GIAVONI E COLS ,2008; SANTANA, ARAÚJO E COUTINHO, 2006; TRENTOINI E COLS,2005; RABBITT E COLS, 2008)

Há estudos que enfocam a Qualidade de Vida de pessoas idosas, alguns empregando o WHOQOL, que foi o escolhido na presente pesquisa e outros que empregaram outros instrumentos..

Começamos pelo Projeto específico do gruo que desenvolveu o WHOQOL em nosso meio. Assim . Fleck, Chachamovich, e Trentini (2003) objetivaram nesse projeto investigar as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, sendo de interesse científico e social e concluem que os resultados corroboram com a hipótese de que os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida.
Outros estudam podem ser citados: Gunzelmann e colaboradores (2006) Carneiro (2007), Trentini e colaboradores (2006) Antunes e colaboradores (2005); Gonzalez-Celis e , Inga e Vera (2006) Todos mostram uma reocupação com dados da qualidade de vida nesse grupo, que são sempre preocupantes .

Pesquisadores brasileiros na construção de instrumentos de qualidade de vida específicos para serem usados com idosos. Nesse caso, temos o artigo de Paschoal, Jacob Filho, Wilson; Litvoc, (2007), Portella e Bettinelli (2003)

;

IRIGARAY e SCHNEIDER (2008), em estudo bem atual, mostra a necessidade de cuidado com essa população e nesse caso falam da Universidade aberta à terceira Idade

ASPECTOS METODOLÓGICOS

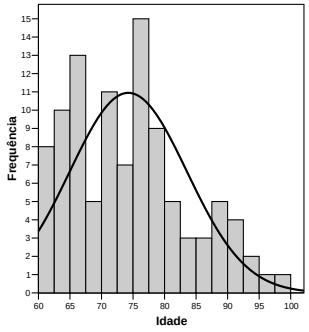
1 – PARTICIPANTES

Foram estudados 102 sujeitos entre 60 e 99 anos de idade, com Média de 74, 3. conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Frequência da variável Idade.

	Idade
Sujeitos (N)	102
Média	74,3
Mediana	74
Moda	77
Desvio Padrão	9,29
Mínimo	60
Máximo	99

Figura 1. Frequência da variável Idade.



A grande maioria composta por mulheres (73,5%), viúvos (40,2%), pouco mais da metade asilados (52,0%), conforme se observa nas tabelas abaixo

Tabela 2. Frequência da variável Sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
1-Masculino	27	26,5

;

2-Feminino	75	73,5
Total	102	100,0

Tabela 3. Frequência da variável Estado Civil

Estado Civil	Freqüência	Porcentagem
1-Solteiro	29	28,4
2-Casado	16	15,7
3-Separado/Divorciado	16	15,7
4-Viúvo	41	40,2
Total	102	100,0

Tabela 4. Frequência da variável Tipo de Moradia

Morada	Frequência	Porcentagem
1-c/ Familiares	49	48,0
2-Asilo	53	52,0
Total	102	100,0

2 - INSTRUMENTOS

A - INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO:

O Inventário Beck de Depressão foi desenvolvido por Aaron T. Beck e colegas em 1961, para se constituir uma abordagem objetiva de medida das manifestações comportamentais da depressão, composto de 21 categorias que descrevem sintomas e atitudes, com valores de 0-3 para cada afirmativa para indicar o grau de severidade do sintoma.

Cunha[75] traduziu e validou a Escala Beck no Brasil, embora outros autores brasileiros . Assim, vimos empregando essa forma (como autorizado em nosso meio).

A folha de aplicação com os 21 itens

[75] CUNHA, J A – *Manual da versão em português das esclas Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo , 2001*

B - **WHOQOL – BREF – Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Breve**

O WHOQOL BREF (Fleck e colaboradores, 1998) é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref* (WHOQOL GROUP, 1998). Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim o *WHOQOL-Bref* é composto por 4 domínios: *Físico, Psicológico, Relações Socias e Meio- ambiente.*

Os testes foram aplicados individualmente.

Em qualquer momento da pesquisa,em especial ao final, os participantes puderam solicitar atendimento psicológico, se sentirem necessidade.(há um grupo que foi atendido em Oficina terapêutica

Após as técnicas realizamos entrevistas na forma de consultas terapêuticas a vários desses idosos, configurando-se já a pesquisa junto da intervenção (sempre de forma a proceder à aplicação das técnicas e depois procedendo à escuta e continência sempre que necessário).

Todas as técnicas foram aplicadas por psicólogos da equipe ; que são membros do APOIAR, (que receberam o treinamento) e são inseridos nos projetos ligados à atenção psicológica a idosos no referido Laboratório.

RESULTADOS

Abaixo temos os dados obtidos nos dois instrumentos:

Em uma análise inicial verificou-se a precisão do teste BDI, que apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,88 e possibilitou considerar que o instrumento possui um nível de precisão razoável. A mesma conclusão foi observada na análise de precisão realizada com o teste Whoqol que apresentou coeficiente alfa de Cronbach de 0,83.

Análise de comparação de médias com a variável Sexo por meio do Test *t* de Student.

Procurando evidenciar as possíveis variações entre os gêneros dos participantes, realizou-se um teste *t* de *Student* das variáveis Total de Pontuação no BDI, e os totais de pontuação nos domínios e overall do teste Whoqol. Segundo Sisto (2006), por meio da prova *t* de *Student*, calcula-se se a diferença pode ser atribuída ao acaso ou não, o que pode ser observado, verificando-se um valor de *t* maior do que 2, considerado assim, significativo. Apesar de observar-se uma pequena diferença das médias entre os sexos, esta variável não demonstrou-se estatisticamente significativa, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5. Médias dos totais de pontuação dos testes em relação a variável Sexo.

	Sexo	Média	Desvio Padrão	*t*	*p*
Total BDI	Masc.	11,15	6,882	-1,920	0,058
	Femin.	15,57	11,219		
Dom1	Masc.	13,9429	2,83384	0,584	0,560
	Femin.	13,5497	3,05393		
Dom2	Masc.	13,6247	2,73603	0,176	0,861
	Femin.	13,5147	2,80828		
Dom3	Masc.	12,3457	2,78193	-1,080	0,283
	Femin.	13,0844	3,13610		
Dom4	Masc.	13,3333	2,45341	0,198	0,843
	Femin.	13,2267	2,37711		
Overall	Masc.	13,7037	2,58419	0,295	0,768
	Femin.	13,4933	3,35460		

Análises de critério externo por meio da variável Idade

Visando a investigação da influência da faixa etária dos respondentes sobre as pontuações nos testes, realizou-se uma correlação de Pearson entre a variável Idade e os acertos nas pontuações dos testes. Conforme pode ser observado na Tabela 6, não se

evidenciou correlações estatisticamente significativas entre as pontuações e as idades dos participantes.

Tabela 6. Correlação de Pearson entre a idade e as pontuações dos testes.

		Idade
Total BDI	*r*	0,05
	p	0,593
Dom1	*r*	-0,04
	p	0,704
Dom2	*r*	0,12
	p	0,224
Dom3	*r*	0,07
	p	0,475
Dom4	*r*	-0,01
	p	0,920
Overall	*r*	0,15
	p	0,142

Contudo, ressalta-se que não se evidenciou nenhuma diferença estatisticamente relevante.

Análises de critério externo por meio da variável Estado Civil e Morada

Para a realização da análise das associações entre os testes e outras variáveis de critério externo, realizou-se uma prova de análise de variância (ANOVA), com nível de significância de 0,05 para se analisar as diferenças entre as pontuações dos instrumentos em estudo e a variável Estado Civil dos participantes desta pesquisa.

Tabela 7. Análise de variância (ANOVA) da variável Estado Civil em relação às pontuações dos testes BDI e Whoqol.

	Média dos Quadrados	*F*	*p*
Total BDI	157,490	1,475	0,226
Dom1	6,729	0,748	0,526

;

Dom2	12,312	1,627	0,188
Dom3	8,020	0,858	0,466
Dom4	2,830	0,490	0,690
Overall	9,367	0,938	0,426

Procurando evidenciar as possíveis variações entre os participantes que moravam em casa com familiares e aqueles que moravam em asilo, realizou-se um teste *t* de *Student* das variáveis Total de Pontuação no BDI, e os totais de pontuação nos domínios e overall do teste Whoqol.

Tabela 8. Diferença de Média, por meio do Teste *t de Student* variável Morada em relação às pontuações dos testes BDI e Whoqol.

	Morada	N	Média	Desvio Padrão	*t*	*p*
Total BDI	Casa	49	16,55	10,884	2,037	0,044
	Asilo	53	12,42	9,621		
Dom1	Casa	49	13,5534	3,25964	-0,325	0,746
	Asilo	53	13,7466	2,74234		
Dom2	Casa	49	13,0993	3,29798	-1,566	0,121
	Asilo	53	13,9547	2,13829		
Dom3	Casa	49	12,9796	3,68958	0,287	0,774
	Asilo	53	12,8050	2,34378		
Dom4	Casa	49	13,1429	2,57795	-0,454	0,651
	Asilo	53	13,3585	2,21311		
Overall	Casa	49	13,3061	3,57190	-0,745	0,458
	Asilo	53	13,7736	2,73609		

Os resultados dessas análises, porém, não evidenciaram nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações do teste Whoqol e a variável Morada. Permitindo inferir, portanto que morar com os familiares ou em asilos, não influencia nos resultados obtidos nos instrumento investigado de qualidade de vida.

Importante dado aqui encontrado: no BDI os sujeitos que moram com seus familiares

apresentam pontuações mais elevadas do que os moradores de asilo, demonstrando um menor sintoma de depressão neste segundo grupo.

Procurando evidenciar as possíveis variações entre os grupos de participantes, realizou-se um teste *t* de *Student* das variáveis Total de Pontuação no BDI, e os totais de pontuação nos domínios e overall do teste Whoqol.

Tabela 9. Diferença de Média, por meio do Teste *t de Student* variável Depressão em relação às pontuações dos testes BDI e Whoqol.

		N	Média	Desvio Padrão	*t*	*p*
Total BDI	1-s/ depressão	47	6,21	2,570	-10,717	0,000
	2-c/ depressão	55	21,40	9,414		
Dom1	1-s/ depressão	47	14,8012	2,88689	3,818	0,000
	2-c/ depressão	55	12,6732	2,73488		
Dom2	1-s/ depressão	47	14,9957	2,01633	5,559	0,000
	2-c/ depressão	55	12,3030	2,74771		
Dom3	1-s/ depressão	47	13,6170	2,42270	2,274	0,025
	2-c/ depressão	55	12,2667	3,39838		
Dom4	1-s/ depressão	47	14,1383	1,81988	3,663	0,000
	2-c/ depressão	55	12,5000	2,56219		
Overall	1-s/ depressão	47	14,9362	2,35358	4,470	0,000
	2-c/ depressão	55	12,3636	3,29064		

Observou-se diferenças estatisticamente significativas nas médias entre o grupo sem depressão em relação ao grupo com depressão, conforme pode ser observado na tabela 9.

Apesar de observar-se uma pequena diferença das médias entre os sexos, esta variável não demonstrou-se estatisticamente significativa no grupo de depressivos,

Não evidenciou-se diferenças estatisticamente significativas relacionadas a variável Idade.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas duas técnicas empregadas (BDI e WHOQOL) podemos trazer algumas reflexões com respeito ao envelhecimento, tendência crescente no Brasil e em todo o mundo.

Diante da importância da Avaliação Psicológica, enquanto um processo integrado, que abrange várias etapas, sendo que uma delas pode envolver a utilização de instrumentos psicológicos (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2001) o presente estudo contribuiu com o aprofundamento de pesquisas sobre os instrumentos Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Forma Breve (WHOQOL-Bref), Inventário Beck de Depressão (BDI).

Encontramos um dado que confirma outros estudos da literatura, onde sempre há um número muito maior de mulheres nessa faixa etária e nos projetos de pesquisa. Também são as mulheres que mais procuram os serviços de saúde (grupo experimental) e dos programas da Universidade da terceira idade (grupo controle).

A média de idade foi de 74,33 anos, com desvio padrão de 10,56 anos, sendo que a idade mínima foi 60 anos e a máxima 99 anos.

Com respeito às correlações moderadas negativas entre a pontuação total do BDI e os domínios 1 (físico) , domínio 3 (relações sociais) e com o Total do WHOQOL e correlações altas e negativas com os domínios 2 (psicológico) e domínio 4 (meio ambiente), confirma que o que se esperava: ou seja que a qualidade de vida fica comprometida em todos os seus domínios, em pacientes deprimidos. Vimos encontrando esses mesmos dados na literatura pesquisada na área.(OLIVEIRA e cols , ANTUNES,2005; BATISTONI,2007; BLAY e MARINHO, 2007; CARNEIRO e cols. 2007) e outros.

Confirmamos a necessidade de que esse diagnóstico seja realizado de forma mais ampla e que essa população receba a atenção necessária.

O dado de que há diferença maior de média na pontuação total do teste BDI nas mulheres em relação aos homens, mas tais diferenças entre os gêneros não apresentaram significância estatisticamente relevante; vale duas observações. Pode ser uma tendência, ou seja, talvez as mulheres tenham mesmo uma maior tendência a apresentar problemas psicológicos, entre os quais a depressão. Ou pelo fato de não ser significativa, será necessário esperar aumentar o número de sujeitos.

Um dado muito interessante nessa amostra é o seguinte: foi possível inferir que com o avanço da idade os participantes demonstram aumento na qualidade de vida.Ou seja, não é necessário que as pessoas mais velhas tenham uma qualidade de vida mais comprometida; só pela idade. Porém pelas outras condições, e no caso da presente pesquisa a presença de depressão e um dado que leva a um comprometimento da qualidade de vida, independente do aumento da idade.

Outro dado interessante diz respeito ao maior nível de depressão entre os idoso que vivem com as famílias, o que contraria outros estudos da literatura. Vale a observação de que a maior parte dos idosos asilados vivem num Casa onde há muito cuidado com a vida deles, a saúde, o lazer, etc. Essa Casa mantem parceria com o APOIAR e seria importante verificar se esse dado se aplica a outros asilos.

Pelos dados das entrevistas e pelo relato nas estórias, observamos nesses idosos sentimentos de abandono e rejeição, muito fortes quando vivem com familiares.

CONCLUSÕES

Há mais mulheres do que homens nesse grupo, confirmando a tendência dessa faixa etária.

Houve correlação entre resultados do BDI e do WHOQOL indicando que as pessoas com depressão tem uma qualidade de vida mais comprometida que as pessoas sem depressão. Vale a pena notar que os idosos que vivem em casa; apresentam mais depressão do que os asilados. A vida em casa pode mesmo muitas vezes trazer muita dor e sofrimento (confirmados por relatos e dados das histórias). Idosos que se sentem isolados e rejeitados nas casa, o que parece não ocorrer no Lar onde colhemos os dados, de forma geral

Evidencia-se a necessidade de falarem de suas experiência e situação.E a necessidade serem desenvolvidos programas de prevenção e atenção a essa população, como colocam Smits et al, (2004; Barbosa Filho (2007) entre outros

Podemos dizer como Reynolds (2008) que é a hora e a vez de todos tratarmos desse aspecto: cuidar e prevenir a depressão na população de idosos .

REFERÊNCIAS

;

ANASTASI, A. . *Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU, 1977.

ANTUNES, H.K. M.; STELLA, S. G.; SANTOS, R. F.; BUENO, O. F. A.; MELLO, M. T.. Escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida em idosos após um programa de exercícios aeróbios Rev. bras. psiquiatr;27(4):266-271, dez. 2005. tab.

BARBOSA FILHO, J.C. - Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador **:**Rev. baiana saude publica;31(1):134-146, jan.-jun. 2007.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A.P. F. B.**:** Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros .Rev. saude publica = J. public health;41(4):598-605, ago. 2007. graf, tab.

BLAY, S. L.; MARINHO, V.**:**Depressão na terceira idade **:**RBM rev. bras. med;64(4):150-155, abril. 2007.

CARNEIRO, R. S. FALCONE, E.; CLARK, C; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A.-Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais..Psicol. reflex. crit;20(2):229-237, 2007.

COUTINHO, M P. L. GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F.E; SÁ, R.C. - Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos Psico USF;8(2):183-192, jul.-dez. 2003.

CUPERTINO, A.P. F.B; OLIVEIRA, B. H.D.; GUEDES, D. .; COELHO, E. R. MILANO, R. S.; RUBAC,J. SILVA; S, SUMAYA H..Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos / Stress and social support in childhood and adolescence related with depression symptoms in the elderly Psicol. reflex**.** crit;19(3):371-378, 2006.

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. - Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil / WHOQOL-OLD Rev. saude publica = J. public health;37(6):793-799, dez. 2003.

GIAVONI, A. M., GISLANE F. PARENTE, I.; DANTAS, G. - Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos Cad. saude publica = Rep. public health;24(5):975-982, maio 2008. .

GONZALEZ-CELIS, A.L. y PADILLA, A.a. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. Univ. Psychol., dic. 2006, vol.5, no.3, p.501-510

GRINBERG, L. P.**:**Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento .RBM rev. bras. med;63(7):317-330, jul. 2006.

;

GUNZELMANN,T.; SCHMIDT,S.; ALBANI,C.; BRAHLER,Er- Life Quality and Well-Being in Old Age . Zeitschrift-fur-Gerontopsychologie-and--psychiatrie. Vol 19(1) Mar 2006, 7.-15.

INGA A.,. J.; VARA H., A. - **:** Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú :Univ. psychol;5(3):475-485, oct. 2006. tab.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H - Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. Estud. psicol. (Campinas) vol.25 no.4 Campinas Oct./Dec. 2008

LEBRÃO, M. L. LAURENTI, R. **:** Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo **:** Rev. bras. epidemiol;8(2):127-141, jun. 2005. .

OLIVEIRA, D. A. A. P; GOMES, L. OLIVEIRA, R. F.- Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência **:** Rev. saude publica = J. public health;40(4):734-736, ago. 2006.

PASCHOAL, S. M. P.Desafios da longevidade: qualidade de vida Mundo saude (1995);29(4):608-611, out.-dez. 2005.

PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L.A**:** Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e o sentido da vida **:** Mundo saude (1995);27(3):465-472, jul.-set. 2003.

RABBITT,-P; LUNN,-M; IBRAHIM,-S; COBAIN,-M; MCINNES,-L: Unhappiness, health and cognitive ability in old age. Psychological-Medicine. Vol 38(2) Feb 2008, 229-236.

REBOUÇAS, M. PEREIRA, M. G.-Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos Rev. panam. salud publica = Pan am. j. public health;23(4):237-246, abr. 2008. .

REYNOLDS,C.-F.-Preventing depression in old age: It's time. American-Journal-of-Geriatric-Psychiatry. Vol 16(6) Jun 2008, 433-434.

SANTANA, I.O.; ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M.P.L. - Depressão: como o idoso representa a doença. Rev. Kairos;9(2):283-302, dez. 2006.

SMITS, F.; SMITS,N.; SCHOEVERS,R.; DEEG,D.; BEEKMAN,-A.; CUIJPERS-P. An epidemiological approach to depression prevention in old age American-Journal-of-Geriatric-Psychiatry. Vol 16(6) Jun 2008, 444-453.

TRENTINI, C. M.I; XAVIER, F. M. F.; CHACHAMOVICH, E.; ROCHA, N. S.; HIRAKATA, V.N; FLECK, M. P.A.The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). Rev. bras. psiquiatr;27(2):119-123, jun. 2005.

TRENTINI, C.M.; CHACHAMOVICH, E.; F., M.; HIRAKATA, V. N.; FLECK, M. P.A. **:**A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador Estud. psicol. (Natal);11(2):191-197, maio-ago. 2006..

POSTER 27

TERAPIA FAMILIAR / TERAPIA COMUNITÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ABCD PAULISTA E SEUS IMPACTOS NO INDIVÍDUO E NA COMUNIDADE

João Munhoz [76]
Kenya Paula Gonsalves da Silva[77]

RESUMO

O trabalho que apresentamos é a “Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial”, desenvolvido no ABCD Paulista. São encontros coletivos, com experiências trocadas e transformadas em conhecimento para o crescimento individual e coletivo. Seu principal objetivo é possibilitar aos participantes a construção de redes sociais solidárias de promoção à vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades em torno de uma vida melhor.

Os encontros são realizados quinzenalmente e duram, em média, uma hora e meia. A rotina baseia-se na acolhida, na introdução e desenvolvimento do tema, no depoimento terapêutico, na dinâmica da superação, na avaliação e lanche comunitário.

É possível perceber consideráveis avanços nos participantes, que são colhidos através dos depoimentos terapêuticos, do comportamento, nas falas, nas elaborações que podem ser detectadas no registro dos encontros.

[76] João Munhozua Hospital Bartira. Estuda Especialização em Docência na Área da Saúde e Especialização em Saúde da Mulher no Climatério na Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: drjoaomunhoz@yahoo.com.br

[77] Kenya Paula Gonsalves da Silva é mestre pela Universidade Estadual de Campinas - Coordenadora Pedagógica da Rede Municipal de Ensino da Cidade de São Paulo. E-mail: kenypaula@hotmail.com

Nosso entendimento é o de que as pessoas quando estão saudáveis valorizam a si e as suas experiências e assim podem contribuir para uma maior qualidade de vida individual e coletiva.

A nosso ver esse é um caminho para a construção de uma sociedade melhor, mais justa e mais fraterna. Muito embora o resultado terapêutico é individual, o ganho da Terapia comunitária é de todos.

Palavras chave: Terapia Familiar; Terapia Comunitária; Saúde Mental, Família, Comunidade

Introdução

Atualmente o dia-a-dia de todas as pessoas que vivem em cidades grandes são marcados por uma contínua correria e ausência de espaços para falar e para ouvir. O que tem nos restado são lembranças onde as pessoas conversavam mais, sentavam-se em suas cadeiras na porta de casa, tinham tempo para visitar amigos e familiares. O que ocorre é atualmente, devido a uma série de fatores isso não é muito comum, sobretudo em cidades grandes, como São Paulo e sua Região Metropolitana, na qual estamos localizados.

Com isso, temos vivido tempos sombrios no que se refere às relações pessoais e familiares, onde o sofrimento e dor são cada vez mais presentes, sobretudo por falta de acolhimento, de tempo para falar, para ouvir, de pessoas e de relações saudáveis.

O Projeto que ora apresentamos é desenvolvido em Santo André, por aproximadamente, vinte anos. Como terapeuta, um dos autores, que também é professor, foi percebendo que muitas pessoas não tinham espaço de fala e de escuta na sua comunidade, que muito embora não precisasse, necessariamente, de intervenção terapêutica, não estavam saudáveis e estáveis. Percebeu, também, que muitos pacientes tinham dificuldades de encerrar o tratamento, já que aquele era um espaço importante de fala e de escuta. Percebeu, também, o quanto isso apresentava implicações em diversos setores da sociedade, inclusive na educação, onde, também, atuava.

Foi com base nessa reflexão que surgiu a “Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial” em Santo André, com objetivo de juntar as pessoas que quisessem e precisassem de relações mais saudáveis e comunitárias, para encontros onde as experiências poderiam ser trocadas e transformadas em conhecimento para o crescimento individual e coletivo.

Dessa maneira começamos a desenvolver os encontros, com vistas ao resgate do indivíduo e da família na comunidade, como alternativa à uma sociedade marcada pela exclusão, pela correria, pela violência, pelo pouco tempo com a família, pelo pouco tempo destinado para as relações interpessoais qualitativas. Visamos, também, a troca de experiências e vivências, a criação de uma rede social de apoio, a partilha das emoções. A bandeira maior é a da valorização do indivíduo e da família, da inclusão social e do respeito à diversidade cultural.

De acordo com pesquisas, a Terapia Comunitária foi criada em 1987 pelo Dr. Adalberto Barreto (BARRETO, 2005), no estado do Ceará e seus objetivos estão relacionados ao reforço da dinâmica interna dos indivíduos, fazendo com que descubram seus valores e tornem-se membros menos dependentes. Além disso, estão relacionados com o reforço da auto-estima individual e coletiva, a redescoberta de suas capacidades, a valorização do papel da família e dos valores culturais, além do favorecimento do desenvolvimento comunitário e da possibilidade de uma maior comunicação entre os saberes formais e não formais.

De acordo com Barreto, (idem, 2005), através da Terapia Comunitária, os indivíduos tornam-se co-responsáveis na busca de soluções e superações dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso.

Hoje a Terapia Comunitária é um grande trabalho presente nas instâncias não formais sociais, educacionais e saúde, bem como na instância formal, já que contamos com encontros de Terapia Comunitária em Unidades Básicas de Saúde de diversos municípios de São Paulo.

Objetivos

O principal objetivo da “Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial” é possibilitar aos participantes a construção de redes sociais solidárias de promoção à vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades em torno de uma vida melhor, a partir da valorização do próprio grupo, através das experiências vivenciadas de cada um e estimulá-lo a usar os recursos que possuem para construir e modificar a sua história.

Aspectos Metodológicos

O encontros de "Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial" atualmente estão sendo realizados em Diadema quinzenalmente e duram, em média, uma hora e meia. Trata-se de um projeto gratuito e voluntário,

O trabalho que desenvolvemos baseia-se numa rotina simples que é:

a- Acolhida: A cada início de encontro cantamos "*Seja bem vindo olê lê, Sejam bem vindo olá lá, Paz e Bem pra você que veio participar*". E a cada participante que chega, o grupo pára, bate palmas e diz, coletivamente, "Seja bem vindo, Você é Especial e nós te amamos", que é um lema antigo que iniciamos logo no início do nosso Projeto e que o marca até hoje. É comum as pessoas novas colocarem que nunca receberam um acolhimento dessa maneira.

b- Introdução do tema: O tema, geralmente, é decidido no dia a partir das colocações e anseios trazidos pelos participantes, ou decidido anteriormente, no último encontro. Atualmente temos trabalhado com temas definidos a partir das colocações dos participantes no ultimo encontro, devido às demandas apontadas pelo grupo que já tem um vínculo afetivo.

c- Desenvolvimento do tema: O desenvolvimento é feito pelo terapeuta, que no caso é o mediador da "Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial" . Ele lança alguns apontamentos, conceitos, idéias, colocações-chave e o grupo vai desenvolvendo a temática , a partir de relatos de experiências e vivências. O terapeuta usa o tempo todo as colocações do próprio grupo para desenvolver o tema. É comum o grupo dramatizar uma colocação feita; demonstrar como se sentiria alguém que sente o que o outro falou e assim por diante. O grupo é o responsável pelo desenvolvimento do tema.

d- Depoimento terapêutico: O depoimento terapêutico é um momento destinado àqueles que querem falar como estão se sentindo, o que têm refletido, o que têm achado, o que têm acrescido e o que tem evoluído. É comum os participantes apontarem os ganhos obtidos a partir das discussões anteriores, onde eles colocam as mudanças o crescimento percebido. É um momento muito rico, que leva o grupo a viver a fala alheia e a crescer com ela.

e- Dinâmica de superação: Geralmente sempre encerramos o tema com dinâmica para o grupo refletir sobre si e sua relação com o tema desenvolvido, bem como se posicionar diante dele. Denominamos superação, pelo fato de apontar para uma possibilidade de mudança, onde o participante pode sinalizar uma perspectiva positiva quanto ao tema. A idéia é nunca terminar de maneira negativa, mas sempre com uma ponta de esperança e motivação do desejo dos participantes.

f- Avaliação e encerramento: A avaliação é sempre feita de maneira qualitativa, através de uma dinâmica, um desenho, com cores, com materiais pedagógicos, objetos presente no lugar, sensações e etc. Nalgumas vezes trazemos um instrumento onde é possível escrever alguma coisa, sempre dinâmica e nunca de maneira muito objetivo que burocratiza a experiência. A idéia é possibilitar ao participante a reflexão e o estabelecimento de uma relação de como o encontro foi em sua opinião e uma demonstração de como se sentiu e o que está levando consigo do encontro.

g- Lanche Comunitário: Sempre encerramos o encontro com um lanche comunitário. Geralmente água, suco, refrigerantes, salgados, bolo. O lanche é construído por todos.

O público alvo da “Terapia Familiar –Terapia Comunitária – Projeto Você é Especial” são todas as pessoas que estão vivenciando alguma experiência conflituosa, sofrimento, dor, angústia e etc. No entanto, o encontro é aberto a todas as pessoas que queiram participar e ser colaboradores do trabalho. Dos encontros participam crianças, bebês, adultos, idosos,

adolescentes, jovens. Enfim, todos são respeitados, considerados e valorizados. Ao fazer uma pergunta, todos são perguntados, inclusive crianças e bebês.

Resultados

É possível perceber consideráveis avanços nos participantes, que são manifestados de diversas maneiras, seja através dos depoimentos terapêuticos, bem como do comportamento dos mesmos. Percebemos os avanços nas falas, nas participações, nas elaborações que podem ser detectadas no registro dos encontros.

Todo encontro conta com uma avaliação que é feita ao final, relacionado ao tema, onde o participante com uma palavra, um desenho, uma dinâmica, um gesto, uma colocação, um registro escrito faz a avaliação do dia. Nesta avaliação é possível perceber as elaborações feitas e como os participantes se percebem nos encontros e no processo. Geralmente aproveitam esse momento para relatarem os avanços conquistados.

O depoimento terapêutico, contudo, é o maior referencial da mudança e da transformação dos participantes, onde eles trazem suas elaborações e a prática que depõe a transformação adquirida.

Para nós é gratificante perceber o quanto é possível acreditar no outro e na contribuição que cada um tem e pode dar para sua apropria transformação e crescimento.

Considerações

A partir das constatações, é possível verificar que a Terapia Comunitária apresenta uma grande contribuição para os participantes, pois se trata de um espaço de partilha da sua angústia e ao ouvir a experiência do outro, funciona como uma experiência que possibilita a superação.

São encontros simples, construídos, basicamente, com a contribuição legítima e verdadeira de todos. Muito embora temos um terapeuta que é o responsável pela condução e coordenação dos trabalhos, no grupo, ele assume a postura mediador e dá a fala para o grupo que consegue, de maneira, genuína expressar questões sérias vividas por aqueles

sujeitos e com isso destacar suas possibilidades, seus saberes, suas vivências. O terapeuta assume o papel de mediador, para valorizar os saberes e experiências da comunidade.

Ampliar a visão e entender que as pessoas quando estão saudáveis valorizam a si e as suas experiências, a família, sua comunidade e com isso podem contribuir na qualidade de vida individual e coletiva é o caminho que acreditamos ser importante trilhar na construção de uma sociedade melhor, mais justa e mais fraterna. Muito embora o resultado terapêutico é individual, o ganho da Terapia Comunitária é de toda a comunidade e sociedade.

Bibliografia Básica

BARRETO, A.P. Terapia Comunitária passo a passo. São Paulo. LCR. 2005.

Inscricao Numero: 465
Nome: KENYA PAULA GONSALVES DA SILVA
Tel.: 1171368063
Email: kenypaula@hotmail.com
Cidade: SÃO PAULO
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro
Faculdade:

Graduado na:
Graduou-se em:
Onde Trabalha ou atua: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

POSTER 28

A UTILIZAÇÃO DE GRUPOS E SEUS FORMATOS NA CLÍNICA DA TERAPIA OCUPACIONAL

Jupira Carvalho da Silva
Talita de Souza
Marisa Sâmea

RESUMO

Baseado em uma revisão bibliográfica, este artigo apresenta uma análise quantitativa de como as abordagens grupais vem sendo utilizadas na clínica da Terapia Ocupacional no Brasil de 1997 a 2007, bem como os referenciais teóricos adotados, tendo por objetivo compreender melhor a utilização dos grupos, quais campos de atuação utilizam-se desse recurso, além de traçar a construção de uma especificidade do olhar da profissão, salientando a importância desta clínica em construção que é capaz de ampliar os processos do fazer e da inclusão social da população alvo da Terapia Ocupacional.

Palavras Chaves: Grupos, Terapia Ocupacional, Revisão Bibliográfica.

NTRODUÇÃO

A sociedade é constituída por conjuntos humanos, onde de acordo com a singularidade de cada sujeito ou por uma norma vigente, o mesmo torna-se membro desses fatores. Contudo, vemos que nem sempre esses conjuntos formam realmente um grupo.

“Sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecer em sua singularidade e de exercer uma ação interativa com objetos compartilhados “ (Osório, 2003, pg.81)

Somando a colocação de Maximino(2001), que define grupo como um conjunto de pessoas, como não um conjunto qualquer. “Um conjunto é sempre um recorte, sendo que

os elementos que a ele pertencem precisam apresentar certas características que os incluam, características estas que devem excluir aqueles que
não pertençam a este conjunto. Quando nos referimos a determinado grupo estamos
supondo que todos os seus membros tem características que os especificam." (Maximino,2001).

Assim sendo, pensar em grupos é pensar em um sistema humano onde ocorre uma dinâmica intrínseca e leis inerentes quanto a sua função. Não é pensar somente na coletividade presente em nossas relações estabelecidas no cotidiano. Um sistema não é constituído apenas da soma de suas partes, ele é composto pelas relações estabelecidas entre seus participantes e como essas relações os interligam, gerando assim particularidades e ressonâncias internas.

OLHANDO OS GRUPOS POR DIVERSOS PRISMAS

Gregório Baremblitt (1982) em "Grupos: Teoria e Técnica" aponta diversas escolas contemporâneas de psicanálise através dos grupos, dentre elas aponta-se quatro mais influentes: Americana, Francesa, Inglesa, com grande influencia de Freud e Melanie Klein e por fim a escola Argentina.

Dentro da escola Americana os principais expoentes foram Pratt, Slavson e Moreno estudaram respectivamente a *"Classiterapia*", onde apenas o terapeuta agia de forma ativa e verbal; "Grupoterapia ativa" com estabelecimento de vínculo parental entre o terapeuta com a inclusão de elementos psicanalíticos como a catarse e a transferência e o "*Psicodrama"* e o uso de *"role-play".*

Didier Anzieu foi o grande expoente da escola Francesa. O psicanalista sustenta uma analogia entre o sonho e o grupo, tendo também por pressuposto que, qualquer que seja o processo grupal, os mecanismos inconscientes serão sempre os mesmos.

Dentro da Escola Inglesa, destaca-se Bion, que assim como Freud sustenta a origem primal do grupo. De acordo com Pagés a Ávila (2003, p.47), "O grupo precede o indivíduo, este deve reconhecer tal dependência até o ponto de encontrar nos recursos intrínsecos do grupo as prefigurações de sua individualidade e, em um esforço dialético de constituição *recortar-se* da massa e estabelecer a sua distintividade pessoal".

Bion estuda também dois significados terapêuticos com relação aos grupos. O primeiro é a catarse da confissão pública e o segundo é que aprendendo, se enriquece o "bom espírito do grupo".

Quando estudamos a Escola Argentina, Pichon Riviére se destaca sobre os estudos grupais, fundando a técnica de Grupos Operativos, definindo grupo como:

"Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constante tempo e espaço, e articuladas por sua mutua representação interna que se propõe explicita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade juntamente com o numero determinado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar".(Baremblitt, 1982, p.15)

GRUPOS E A TERAPIA OCUPACIONAL

Os primeiros relatos do uso de grupos pela Terapia Ocupacional se dão na década de 30, onde era utilizada em hospitais psiquiátricos americanos com o intuito de socialização dos pacientes. Isso se manteve até a década de 50 onde o inicio do de psicotrópicos conseguiu um maior controle dos sintomas.

Assim Maximino nos aponta:

"O uso da atividade em ambiente grupal acompanha o desenvolvimento da própria história da terapia ocupacional, principalmente em seu aspecto de "transformadora" e "reorganizadora" das instituições asilares. (2001, p.23)"

Agindo de forma a mudar essa cena, a Terapia Ocupacional se preocupou então a tentar entender seus pacientes, estando em setting individual ou grupal.

Nos próximos anos, diversas abordagens influenciaram os trabalhos grupais como de Findler, Mosey, Kaplan e Schuwartzberg,

Segundo Ballarin (2007) Fidler & Fidler (1963) descrevem o terapeuta ocupacional como líder de grupo e aquele responsável pelas dinâmicas que ocorrem em seu processo, enfatizando–o como espaço que facilita o aprendizado e mudanças comportamentais. Em meados de 70, Mosey define o grupo como "unidade dinâmica", abordando capacidade de integração grupal a partir de uma visão que adota como referencial o processo de desenvolvimento normal e seus aspectos.

Maria José Benetton (2006), inicia diferenciando a formação grupal, em relação ao uso da atividade, em duas dinâmicas: Atividade grupal na qual todos os participantes

realizam o mesmo projeto e Grupo de atividade, onde cada paciente faz sua atividade e se relacionada individualmente com o terapeuta. Ela ainda nomeia, seguindo a “Terapia Ocupacional Dinâmica”, o grupo como quarto termo na relação triádica, sendo o que circula pelo que está aberto no setting, caracterizando também o social.

Sônia Ferrari (1999) ressalta a importância de grupos não verbais onde as relações do paciente-terapeuta-grupo são mediadas pela atividade com objetivo de ampliar experimentações e expressões.

Por fim utilizando-se do referencial de Pichon Riviére, Samea (2002) estabelece ligações entre grupos de Terapia Ocupacional e grupos operativos. Observamos assim que em produções nacionais sobre o tema são fortes as influências da Psicanálise e da Psicologia Social.

A PRIMEIRA REVISÃO

Viviane Maximino (2001) em “Grupo de atividades com pacientes psicóticos” traz uma revisão bibliográfica sobre a atuação da Terapia Ocupacional e grupos, dedicando também em parte do capitulo ”A Terapia Ocupacional e os Grupos” a descrição de referenciais teóricos construídos no Brasil.

A Terapeuta descreve a falta de dados numéricos sobre a prática, mas cita que em 1983 a Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo publicou uma “cartilha” de diretriz para a Saúde Mental privilegiando o atendimento grupal como recurso terapêutico. Os estudos específicos no Brasil também se iniciaram nesta década com o desenvolvimento do trabalho de Ferrari (1991) Maximino (1997), Benetton (1991), Samea (2002), Ballarin (2006) e Tedesco (1995).

MÉTODO

A revisão aqui apresentada selecionou os volumes entre 1997 e 2007 da Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, utilizando como palavras chaves grupos, oficinas terapêuticas, cooperativas e terapia ocupacional.

Inicialmente foi realizado um fichamento baseado nas denominações que os autores usaram para se referir ao grupo como oficinas, grupos, cooperativas de trabalho, etc.

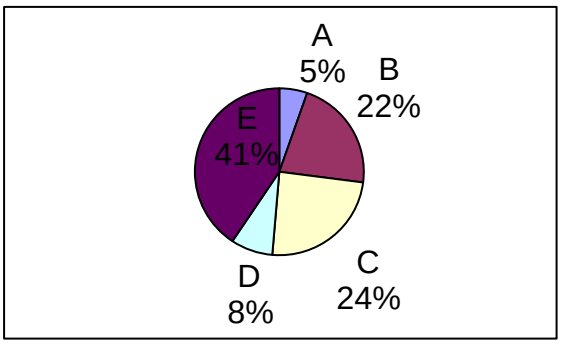
Após o fichamento, os dados foram separados por área de atuação e referencial bibliográfico específico de grupo, realizando-se assim gráficos demonstrativos, comparação de dados e análise dos mesmos.

A divisão de campos foi realizada a partir dos objetivos e constituição grupal, bem como população alvo dos trabalhos apresentados nos artigos analisados.

Houve dificuldades em alguns artigos de discriminar grupos realizados devido a um entrelaçamento de áreas de atuação, como por exemplo, reabilitação física e saúde mental. Por fim foi efetuada apreciação dos dados e discussão dos mesmos.

RESULTADOS

Dada coleta de dados foram encontrados 37 artigos de relato da realização de grupos na Terapia Ocupacional sendo: 15 na área de Saúde Mental, 08 na área de Reabilitação Física, 09 na área de Reabilitação Psicossocial, 02 na área de Gerontologia e 03 em Saúde do Trabalhador (ver gráfico 1).



A- Gerontologia; B- Reabilitação Física, C- Reabilitação Psicossocial; D- Saúde do Trabalhador; E -Saúde Mental
Gráfico 1: Áreas de Atuação
Fonte: Dados da Pesquisa

Na área de Gerontologia foram encontrados 2 grupos, sendo um denominado de grupo de convivência e um grupo de terapia ocupacional.

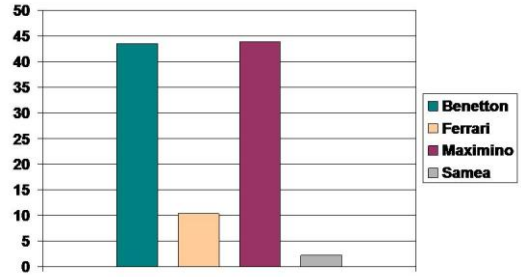
Na área de Reabilitação Física os 08 grupos dividem-se em 01 de crianças aprendendo origami e 07 de terapia ocupacional.

Na área de Reabilitação Psicossocial os 09 artigos dividem-se em 2 oficinas, 2 grupos terapêuticos, 1 cooperativa, 1 grupo de terapia ocupacional e 3 recebem o nome de seus projetos.

Na área de Saúde do Trabalhador os 3 artigos denominam seus grupos como grupo de reflexão. Os referenciais utilizados foram específicos de Terapia Ocupacional e de grupos operativos.

Na área de Saúde Mental os 15 grupos dividem-se em 1 grupo, 2 oficinas, 1 grupo terapêutico, 1 grupo corpo e arte, 1 grupo operativo, 2 frentes de trabalho e 6 grupos de terapia ocupacional.

Dentre as bases teóricas específicas utilizadas, apenas quatro fontes foram utilizadas, sendo elas: Benetton , Ferrari, Maximino, Sâmea (ver gráfico 2)



ANÁLISE DOS RESULTADOS

Selecionados os volumes entre 1997 e 2007 das Revistas de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Carlos e do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional foram encontrados 37 artigos de relato da realização de grupos dividido em 5 áreas.

Levando em consideração o pequeno número de artigos encontrados acreditamos que há uma restrita produção teórica, além de uma falta de embasamento em técnicas próprias, podendo afirmar que ainda é um campo em construção.

Ao analisarmos o conteúdo encontrado, observamos que 41% destes artigos são referentes à área de Saúde Mental, sendo a grande maioria, seguido de 24% referentes à Reabilitação Psicossocial, 22% em Reabilitação Física, 8% em Saúde do Trabalhador e apenas 5% são em Gerontologia.

Diante do panorama descrito vimos que a maior produção teórica encontrada é na área de Saúde Mental o que nos faz questionar se a maior atuação da profissão Terapia Ocupacional é nesta área, ou ainda, que sendo uma das fontes utilizadas para o levantamento bibliográfico ter sido a Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO), que apresenta em seu quadro maior número de profissionais da área de Saúde Mental, ou ainda, outra hipótese seja que os grupos vem sendo mais pesquisados no campo da saúde mental.

Em relação à área de Reabilitação Psicossocial apresentar a segunda maior porcentagem, pode-se acreditar ser devido ao fato de suas diretrizes principais basearem-se na reforma psiquiátrica, levando a ter uma estrita relação com a área Saúde Mental.

O fato de em Reabilitação Física apresentar uma produção mais modesta em relação à Saúde Mental, pode-se questionar ser pelo fato de a preocupação inicial nesta área ser a funcionalidade e não a socialização. Pode-se pensar também, que possui um número relevante por ser uma área de atuação mais constituída do que outras, como, por exemplo, áreas como Saúde do Trabalhador e Gerontologia, que se apresentam em fase de expansão dentro da Ciência Terapia Ocupacional.

Em Gerontologia o que mais se ressalta é a baixa produção de textos. Apenas dois, em dez anos, o que nos reafirma ser uma área em construção e levanta ainda alguns questionamentos como a existência do atendimento em grupo para essa população, a falta de registro desses atendimentos, ou ainda a falta de produção literária dos mesmos.

De forma geral, concluímos que pouco se escreve sobre grupos, não havendo teoria específica dos mesmos no campo da Terapia Ocupacional, sendo necessária uma reflexão aprofundada que teve seu inicio na clínica da Saúde Mental, de onde vimos a maior parte das bases destes trabalhos.

É importante ressaltar que esta reflexão deve-se a uma vivência clínica que está, na maior parte das vezes atrelada a um aperfeiçoamento acadêmico, não devendo estar restrita a uma ou outra área de atuação, sendo de propriedade da Terapia Ocupacional, enquanto ciência.

Ressaltamos ainda, a necessidade de maior estudo e pesquisa levando em consideração o número de artigos escritos e a importância de encontrar referenciais que se baseiam nos pressupostos específicos da profissão, tanto para nortear os novos profissionais, quanto para solidificar uma prática já existente em Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. M. Grupo de terapia ocupacional com jovens após o cumprimento de medidas socioeducativa: um espaço para produção de vida. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol11, n2, 2003.

ALMEIDA, M.M. O jornal e o vídeo como meio de expressão de jovens internados na Unidade Educacional FEBEM de Ribeirão Preto. Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo, v.15, n.1, 2004.

BARBOSA, A.D. Relato de um trabalho de terapia ocupacional realizado no ambulatório do projeto de esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP Revista CETO vol.3, n.3 - 1998.

BAREMBLITT, Gregório (org). Grupos. Teoria e Técnica. Rio de Janeiro: Graal, 2º ed, 1982.

BARICHELO, M.T., CORREIA, F.R., CERVI, M.C., NEGRINI, B.V.M., NEGRINI, S.F.B.M. O uso de atividades lúdicas no processo de revelação do diagnóstico a crianças que vivem com HIV/AIDS. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol. 14, n.2, - 2006.

BENETTON, M. J. Trilhas Associativas - Ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional. 3. ed. Lins: Unisalesiano, 2006.

BEZERRA, K.V., PIANTINO, D.S., MORAIS, L.V. Relato de experiência: grupo de terapia ocupacional durante hemodiálise. Revista CETO, n. 9, ano 9, - 2005.

BOCK, V., GAETA, C.H., PACHIONI, A.M., VILLARES, C. Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.9, n.1, p.32-36, jan/abr, 1998.

BRUNELLO, M.I.B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica depapéis em um grupo de atividade. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.13, n.1,p.9-14, jan/abr. 2002.

CALDEIRA, V.A., MONTILHA, R.C.I., NOBRE, M. I. R. S. Grupo de espera no processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual: contribuições da terapia ocupacional. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol.11, n.2, 2003.

CASTILHO, J.C.N. "Cortina de quadrados de tecido - uma produção no hospital psiquiátrico" Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v.15, n.2,2007

CASTRO, E.D. Arte, corpo e terapia ocupacional: aproximação, intercessões edesdobramentos. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n1, p.7-12, jan/abr.,2000.

CAVALCANTE, A. ; GALVÃO, C., Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. São Paulo, 2007

CECCATOM, T.L.;FRUNGILO, L.H.; PERAL, T.A.Procedimentos da terapia ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Revista CETO, n.10, ano 10 - 2007.

COPPINI, R.Z. O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência. Revisa Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.9, n.1, 1998.

COSTA, A.L.B., CANGUÇU, D.F., CASTRO, E.D., LIMA, E.A., INFORSATO, A.E., LIMA, L.J.C. O programa permanente composições artística e terapia ocupacional (PACTO): uma proposta de atenção na interface arte-saúde. Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo, vol.11, n.2/3, 2000.

CRUZ, D.M.C. Terapia ocupacional com crianças portadoras de necessidades especiais: uma análise do Origami como proposta de estimulação psicomotora. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol.10, n.2, 2002.

ESTURARO, A.T.A., BUCARETCHI, H.A. Uma proposta de intervenção terapêuticaocupacional no tratamento da anorexia nervosa. Revista de Ter. Ocup. Univ. São

FERIOTTI, M.L. Terapia ocupacional: relato de uma experiência. Revista CETOvol.2, n.2 – 1997.

FERNANDES, José et al. Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed,2003.

FERRARI, S.M.L. Terapia Ocupacional espaço da narrativa entre forma e imagem.Revista CETO ano 4, n.4, - 1999.

FERRARI, S.M.L. Terapia Ocupacional: a clínica numa instituição de saúde mental. Cad Ter. Ocup. UFSCar, vol 14, n.2, 2006

FERRIGNO, J.C. Trabalho social com idosos: apresentação da experiência pioneira no SESC na área do lazer e da cultura. Cad. Ter. Ocup. UFSCar vol 14, n.1, - 2006.

GHIRARDI, M. I. G., Trabalho e deficiência: as cooperativas como estratégias de inclusão social. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v25, n.2, p.49-54, 2004.

JURDI, A.P.S.; BRUNELLO, M.I.B.; HONDA M. Terapia Ocupacional e propostas de intervenção na rede pública de ensino. Revista de Ter. Ocup..Univ. São Paulo, v.15, n.1, 2004.

LANCMAN, S. ;JARDIM, T.A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo v.15, n.2 – 2004.

LANCMAN, S., SIQUEIRA, A.R., QUEIROZ, M.F.F., VARELA, R.C.B. Estudo e intervenção no processo de trabalho um restaurante universitário - em busca de novas metodologias. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.2/3, 2000.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.13, n.2, p.44-50, - 2002. LANCMAN, S.; SANTOS, M.C. ROMERO, M.; BONEQUINI, R. Informar e refletir:

LIBERMAN, F., VOGEL, B. Trabalho corporal e dança em terapia ocupacional grupode mães e familiares. Revista de Ter. Ocup. Univ.

LIMA, D. C. Intervenção na alimentação escolar utilizando a recreação instrumental. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol 13, n.2, 2005.

LOBATO, B. C., TITO, J. Contribuições da Terapia Ocupacional em um grupo de adultos com dificuldades na comunicação verbal. Caderno de Ter. Ocup. UFSCar, vol.13, n.2 – 2005

LUIZ C.C.A., MACEDO M.D.C.D, Natação e atividade aquáticas para populações especiais: uma experiência em terapia ocupacional. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol11,n2, 2003

MALFITANO, A.P.S.; BRAGA, I.F., SILVA, K.G.; MOTA, N.G. A promoção de direitos e crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social:

MAXIMINO, V.S. A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. Revista de Ter.Ocup. Univ. São Paulo, v.9 n.2, p.49-54, maio/ago., 1998.

MAXIMINO, Viviane Santalucia. Grupos de atividade com pacientes psicóticos. SãoJosé dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2001.

NOGUEIRA, F.O direito ao trabalho - um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo.Rev.Ter.Ocup.Univ. São Paulo .v.8n.1.p.53-6.Jan./Abr,1997

OGAWA, R. Trabalho: liberdade versus exclusão. Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.8, n.1, p.49-52, jan./abr., 1997.

Paulo, v.9, n2, p.82-7 - 1998.

PIMENTEL, A.M. Uma proposta de atuação do terapeuta ocupacional na atenção à criança e ao adolescente nas unidades da fundação cidade mãe. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.2/3, 2000.

RIBEIRO, M.B.S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a experiênciaem Botucatu. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v.9, n2, 2001.

SANT'ANNA M.M.M; A terapia ocupacional inserida no tratamento psiquiátrico:história e vivência dentro da instituição. Revista CETO, vol2, n.2 – 1997

SILVA, C. R., FREITAS, H.I. Adolescentes em situação de vulnerabilidade: estratégias de terapia ocupacional em um trabalho de prevenção a Aids. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol11, n2, 2003.

Silva, J.C.; Souza, T., Samea M. A Utilização de Grupos e seus formatos na clínica da Terapia Ocupacional., São Paulo: Trabalho de Conclusão de Graduação do Centro Universitário São Camilo, 2009, 52p.

SOUSA, C. P., JORGE, R. C. B. Falha no projeto atividades reconstrutoras num grupo de terapia ocupacional. Revista CETO, ano 5, n. 5 - 2000.

uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos a saúde do trabalhador. Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.14, n.1, p.1-9, 2003.

POSTER 29

MULHER IDOSA E A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

INGRID DA CRUZ DOS SANTOS

RESUMO

O tema deste estudo é a vivência da sexualidade da mulher idosa, objetivando de forma geral analisar os aspectos psicossociais que influem nesta temática, cujos objetivos específicos são conceituar sexualidade e terceira idade e caracterizar os aspectos sociais de mulheres idosas com relação à sexualidade. Para atingir os objetivos do trabalho através da metodologia de pesquisa bibliográfica, desenvolveu-se uma fundamentação teórica sobre terceira idade e sexualidade, com maior ênfase no gênero feminino. Selecionou-se da literatura de Fraiman (1994), Zamlutti (1996) e Ramos (2001) quatro relatos de mulheres acima de 60 anos de idade (S., Antonia, Mariana e Luiza), no sentido de melhor ilustrar questões que mostram que a sexualidade continua até mesmo no envelhecer. Através da análise dos relatos pôde-se considerar que as mulheres idosas expressaram de alguma maneira seu interesse pela sexualidade, não apenas no sentido de coito, mas pela vivência das relações afetivas e do companheirismo e o que diferencia é a forma como cada idosa vai vivenciar a sua sexualidade.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema à vivência da sexualidade da mulher na terceira idade. O problema em questão a ser trabalhado é: como é vivenciada a sexualidade nas mulheres da terceira idade diante das variáveis sociais?

Este estudo tem como principal objetivo analisar como é a vivência da sexualidade em mulheres da terceira idade. Os objetivos específicos são conceituar sexualidade feminina e terceira idade; caracterizar os aspectos psicossociais da sexualidade de mulheres na terceira idade.

O interesse ao tema surgiu a partir do momento que se cursou a disciplina “Métodos e Técnicas em Pesquisa Psicológica”, com a elaboração de um projeto fictício em grupo, cujo tema foi sexualidade na terceira idade. A partir daí, percebemos que era um tema pouco falado no meio social. Após isso, foi trabalhado esse mesmo assunto individualmente na disciplina de Estágio Básico em Pesquisa. Com a exploração do tema, despertou-se a curiosidade em saber cada vez mais do mesmo e com isso teve-se a possibilidade de desenvolver esta temática no presente trabalho.

Sexualidade é o desejo fundamental para o ser humano, pois está presente em todas as fases do desenvolvimento e compreende três dimensões a biológica, psicológica e a cultural.

A vivência da sexualidade passa por algumas mudanças próprias em cada faixa etária. Na terceira idade essas alterações passam a ser mais significativas, pois, para a mulher idosa ocorrem algumas modificações fisiológicas que podem influir na diminuição de estrogênio e o aparecimento da menopausa. As mudanças físicas que ocorrem na terceira idade interferem pouco a capacidade sexual feminina. No meio social a sexualidade é vista de formas distorcidas, estereotipadas, cheias de tabus e preconceitos, impostos pela sociedade, levando muitas vezes as próprias idosas ou até mesmo os mais jovens a acreditarem que a sexualidade finaliza no envelhecer. Os autores dizem que a sexualidade da mulher idosa pode ser vivenciada da mesma forma como em etapas anteriores, com a mesma qualidade, mesmo diante das dificuldades físicas, psicológicas e sociais, basta que essa mulher ainda queira vivenciar sua sexualidade. O interesse ao tema surgiu a partir do momento que se cursou a disciplina “Métodos e Técnicas em Pesquisa Psicológica”, com a elaboração de um projeto fictício em grupo, cujo tema foi sexualidade na terceira idade. A partir daí, percebemos que era um tema pouco falado no meio social. Após isso, foi trabalhado esse mesmo assunto individualmente na disciplina de Estágio Básico em Pesquisa. Com a exploração do tema, despertou-se a curiosidade em saber cada vez mais do mesmo e com isso teve-se a possibilidade de desenvolver esta temática no presente trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Aspectos gerais do envelhecimento

Stoppe Junior e Louzã Neto (s/d) concordam com Simões (1998), que postula que em geral, a literatura classifica as pessoas acima de 60 anos como idosos e participantes da terceira idade. No final do século XX, este dado passou para 65 anos, em função principalmente da expectativa de vida e das tentativas legais para idade do inicio da aposentadoria. O início preciso da terceira idade é relativo de indivíduo para indivíduo, levando também em consideração a cultura onde ele está inserido.

Segundo Simões (1998), a Organização Mundial da Saúde classifica o envelhecimento em quatro estágios:

Meia –idade – 45 a 59 anos;
Idoso – 60 a 74 anos;
Ancião – 75 a 90 anos;
Velhice extrema – 90 anos em diante.

Caracterizar a pessoa idosa é um desafio, pois suas capacidades se alteram em diferentes proporções, e por essa razão, serão descritos a seguir os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que fazem parte dessa importante fase da vida humana. Algumas mudanças *biológicas* são: as manchas escuras na pele (manchas senis); a produção de células novas diminui, a pele perde o tônus, tornando-se flácida; encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral; os ossos endurecem; Os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo seu funcionamento; A visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada, pode provocar cegueira, etc.

Sexualidade na Terceira Idade

Conforme Ramos (2001), a sociedade ainda possui uma versão errônea da sexualidade feminina, como se esta estivesse estritamente ligada apenas aos aspectos físicos genitais e a capacidade reprodutiva. Nesse sentido, percebe-se que esta forma de pensamento torna-se incorreta, pois a sexualidade não está associada somente às respostas do corpo, mas também à satisfação dos desejos e do afeto, comuns a todos os seres humanos.

Para Fraiman (1995), muitas mulheres receberam e ainda recebem informações falsas sobre a sexualidade na terceira idade. A autora cita que informações sobre o período da menopausa são transmitidas de modo agressivo às mulheres que vivenciam a terceira idade, como por exemplo: “Após a menopausa, as mulheres não produzem estrógenos, hormônios responsáveis pela sua feminilidade”. Diante de frases como esta, algumas mulheres podem acreditar em uma falsa idéia de que o fim do ciclo menstrual significa o fim do desejo, do afeto, do sexo (p.75).

De acordo com Ballone (2004), a sociedade tem considerado a sexualidade na terceira idade inapropriada por diversos motivos, desde a família até a mídia. Muitos entendem a atividade sexual como imoral e bizarra. A sociedade não aceita a existência da sexualidade na terceira idade, e quando os idosos mostram algum interesse sexual, são freqüentemente discriminados.

Segundo Borges (2000), “as principais mudanças na resposta sexual das mulheres idosas estão relacionadas aos baixos níveis de estrogênio que ocorrem com a menopausa” (p. 570). É importante fazer uma distinção entre os termos *menopausa* e *climatério*. De acordo com Almeida, Luz e Monteiro (2007), a origem da palavra climatério é grega, *klimactoni*, significando crise, e é conceituada como uma série de alterações orgânicas e emocionais, no qual seu início confunde-se com o término do período reprodutivo, cujo período de ocorrência é relativamente indefinido; corresponde à fase em que ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude, variando entre 40 e 65 anos de idade. A palavra menopausa é designada como a última menstruação da mulher, podendo acontecer por volta dos 50 anos de idade; é denominada como a cessação definitiva das menstruações depois de transcorrido um ano, classificada como mediata nos dois primeiros ano e após os anos subseqüentes, a menopausa é considerada como tardia

Conforme Zamlutti (1996), homens e mulheres enfrentam precocemente o sofrimento de envelhecer, sem ao menos se aproximarem da velhice, convivendo com castrações sociais de todos os tipos, nos mais variados setores da vida humana: profissional, afetivo, sexual, social etc. A autora discorre que os conflitos internos são intensos, resultantes das cobranças e barreiras sociais, que se agravam, e quando se trata da dimensão sexual são ainda mais sentidos, uma vez que as determinações sócio-culturais são mais severas nesse aspecto do ser humano. O homem passa a aceitar que está beirando a impotência e a

mulher tem de conformar-se com o fim da sua vida sexual, ou no mínimo, de conviver com a idéia de que sua sexualidade está “por um fio”.

Zamlutti (1996) relata que ao chegar aos quarenta/cinqüenta anos, as pessoas já poderão vivenciar os rótulos e preconceitos dos mais variados tipos. Os homens e as mulheres convivem com a angústia de envelhecer, sem sequer terem alcançado a velhice, e se deparam muitas vezes com as castrações sociais, na vida afetiva, na vida sexual, na vida social etc. À medida que aumentam as cobranças sociais, os conflitos internos se tornam mais intensos, principalmente quando se trata da sexualidade, sendo as determinações sócio-culturais mais severas nesse aspecto da vida humana.

De acordo com Butler e Lewis (1985), as mulheres sofrem pouca degeneração em sua capacidade sexual quando chegam na idade madura. As mudanças sexuais que ocorrem com a mulher nessa fase são atribuídas à diminuição dos hormônios femininos (estrogênio) após a menopausa (seu sinal mais visível é a cessação da menstruação). A fase da menopausa (climatério) é caracterizada por crenças sobre insanidade, perda de desejo sexual e atrativos femininos, depressão inevitável, aparecimento de sintomas físicos e masculinização; no geral, cerca de 60% das mulheres não sofre quaisquer sintomas físicos no período da menopausa. Os sintomas que são resultantes de desequilíbrio hormonal incluem ondas de calor, dores de cabeça e na nuca, fadiga excessiva e sensações de instabilidade emocional.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos do trabalho através da metodologia de pesquisa bibliográfica, foram selecionadas teorias sobre a terceira idade e a sexualidade, em livros de autores clássicos sobre o assunto, como Freud (1989), Skinner (1985), Butler e Lewis (1985), Fraiman (1994) e Zamlutti (1996) e recentes, como Capodieci (2000), Lima (2000) e Iacub (2007), disponíveis nas bibliotecas da PUC-SP, UNIFESP e da Universidade São Francisco. Foi feito um levantamento de 136 artigos, nas bases de dados Scielo, Dedalus, Lilacs, Bireme, Psicoweb, BVS Psicologia, Psicosex, e de sites como Portal do Envelhecimento e Web artigos, utilizando os seguintes descritores: sexualidade, afetividade, terceira idade, sexo, amor, mulher idosa. O critério para inclusão de artigos (teses, dissertações, monografias) foi a partir do estabelecimento de até cinco anos transcorridos (de 2003 a

2008), excluindo artigos anteriores a este período e aqueles que não se enquadravam à Psicologia, assim como se excluíram trabalhos cuja temática não se aproximou do assunto sobre a afetividade e sexualidade da mulher idosa. Destes artigos, restaram dez que mais se aproximaram do tema e que estavam relacionados aos aspectos psicossociais da sexualidade da mulher idosa.

Após o levantamento de artigos e desenvolvimento da parte teórica, foram selecionados quatro relatos de casos sobre a sexualidade da mulher idosa, cujos mesmos são componentes de seus respectivos trabalhos: S., da literatura de Zamlutti (1996); Antonia, da teoria de Fraiman (1994); e Mariana e Luiza, que fazem parte do artigo de Ramos (2001). Esses quatro relatos foram escolhidos por estarem mais próximos do cumprimento do objetivo geral da proposta deste trabalho, buscando ilustrar em detalhes o interesse que muitas mulheres idosas expressam pela sexualidade, diferenciando apenas os caminhos que esta toma em sua vivência nos diversos aspectos que fazem parte da vida em geral. Tais relatos foram analisados e discutidos de acordo com a teoria constituinte dos capítulos deste trabalho, a fim de se responder nas considerações finais ao problema de pesquisa levantado na introdução do mesmo.

RESULTADOS

Análise dos relatos

1º caso: S. 70 anos, viúva, dona de casa, 2 filhos (ZAMLUTTI, 1996, p. 120)

"É estranho falar de sexo na minha idade, pois a gente até esquece, mesmo sentido vontade de vez em quando, ninguém acreditaria se a gente falasse".

Ramos (2001), este interesse é influenciado pelo medo do que outras pessoas (a sociedade) iriam pensar.

2º caso: Antonia, 60 e poucos anos (FRAIMAN, 1994, p. 271)

"Antonia, de 60 e poucos anos, entrou em luto fechado após o falecimento do marido. *Perdeu completamente o sentido de viver. Um ano depois, caminhando pelas ruas da cidade, encontrou-se casualmente com um namorado da adolescência. Por sinal, seu primeiro amor. Sabe-se lá por que acabaram se separando ao longo da vida. O reencontro reacendeu a paixão de outrora. Sua vida mudou completamente. Não pára mais em casa, só quer sair e só quer saber de fazer sexo. Está a mil. Só que sua saúde não tem suportado o ritmo. Tamanha ansiedade e excitação fazem sua pressão subir a 22, 23".*

Para Almeida e Lourenço (2008) postulam que idosos podem passar por limitações sexuais devido às modificações que ocorrem em seu corpo nesta fase da vida. Baseado nos autores, mesmo com limitações físicas, Antonia expressa condições de vivenciar sua sexualidade.

3º caso: Mariana, solteira, 84 anos, psicoterapeuta (RAMOS, 2001, p. 95)

"Eu acho que é o maior dos prazeres, das sensações, sensações das coisas boas da vida. Ás vezes, uma sensação de alegria de viver [...]".

Conforme Capodieci (2000), mesmo com a redução de hormônios como estrogênio e progesterona, a sexualidade pode ser vivenciada, seja na forma de ato sexual ou na forma de demonstração de afeto.

4º caso: Luiza, viúva, 72 anos, aposentada (RAMOS, 2001, p. 124)

"[...] Tenho filhos, netos já formados e já com 30 anos, então eu não vou estar me expondo...";
"[...] Eu acho que devo ser assim, fazer tudo direitinho, porque ninguém vai fazer uma coisa dessa para depois fazer vergonha aos parentes.".

O seu medo pode se justificar baseado na descrição de Almeida e Lourenço (2008), que afirmam que devido às praticas sexuais ditadas pelos jovens e adultos, não é permitido que um idoso ame socialmente, e por isso, acabam sendo taxados de ridículos e alvo de idéias pré-concebidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão deste trabalho, pôde-se observar que as mulheres dos quatro relatos expressaram de maneira significativa desejos ou interesses pela sexualidade, reconhecendo a importância do papel desta em suas vidas, mesmo estando envolvidos os mais variados tipos de tabus e preconceitos com respeito ao assunto. O que diferenciou essas quatro mulheres foram os modos de como encaravam suas vivências da sexualidade: S. e Luiza ressaltaram como importante o aspecto sexual na vida dos idosos, mas não realizam seus intentos por razões das opiniões alheias sobre isso, sendo que Luiza recorreu à sublimação como compensação de seus anseios. Antonia e Mariana manifestam claro interesse pelo aspecto sexual, com a diferença que Antonia vivencia de maneira coital, enquanto Mariana verbalizou sua preferência pelos aspectos mais afetivos da sexualidade.

Respondendo ao problema estabelecido no início, foi possível atingir os objetivos (geral e específico) deste estudo, possibilitando versar que muitas mulheres idosas podem vivenciar sua sexualidade da mesma maneira de como faziam em etapas anteriores de sua vida, embora estejam cercadas de concepções inadequadas e pré-concebidas, influenciadas pela cultura da qual fazem parte, assim como as devidas modificações que essas mulheres passaram, com relação aos aspectos corporais, sociais e psicológicos, que compuseram sua jornada para a chegada em sua “flor da própria idade”. Para as mulheres idosas, com grande sabedoria de vida e que ao mesmo tempo não abrem mão de uma boa vivência no campo erótico e afetivo, é essencial desfrutar de uma sexualidade apropriada a fim de se obter mais serenidade na terceira idade e promover uma qualidade de vida mais digna, imprescindível para seu bem-estar em geral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. H. R. B.; LUZ, M. H. B. A.; MONTEIRO, C. F. S. Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. R. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3): 370-5

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice, direito nem sempre respeitado. São Paulo: Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum. v. 5 n. 1 – JAN-JUN/ 2008.

BALLONE, G. J. Sexo nos idosos. In: PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2004. Acesso em 15/07/2008.

BORGES, S. M. Sexualidade e envelhecimento. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. Sexo e amor na terceira idade. São Paulo: Summus, 1985.

CAPODIECI, S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

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

FRAIMAN, A. P. Sexo e amor na terceira idade. São Paulo: Editora Gente, 1994.

SIMÕES, R. Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. Depressão na terceira: apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo: Lemos, s/d.

RAMOS, R. B. A. O desejo não tem idade: a sexualidade da mulher idosa. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) apresentada à Universidade Católica de Pernambuco Recife, PE, 2001.

ZAMLUTTI, M. E. M. O mito da velhice assexuada: um ponto de reflexão São Paulo: Maturidade, 1996.

Inscricao Numero: 220

Nome: INGRID DA CRUZ DOS SANTOS

Tel.: 22744664

Email: cruzingrid2006@yahoo.com.br

Cidade: SÃO PAULO

Estado: SP

Cursando: PSICOLOGIA

Semestre: Decimo

Faculdade: UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

POSTER 30

DO QUARTINHO PARA A TOCA DOS LEÕES: UMA EXPERIÊNCIA COM PROFESSORES ENVOLVIDOS COM A INCLUSÃO ESCOLAR A PARTIR DE UM ENQUADRE CÊNICO DIFERENCIADO

Katia Panfiete Zia[78]
Fabiana Follador e Ambrosio[79]
Tânia Maria José Aiello Vaisberg[80]

RESUMO

O presente estudo investiga a potencialidade mutativa de um enquadre diferenciado, denominado entrevista grupal para abordagem de pessoalidade coletiva, que empregamos no atendimento de professores que enfrentam mal-estar e sofrimento diante da necessidade de cumprirem políticas de inclusão escolar. Foi realizado um estudo de caso, no contexto de uma pesquisa interventiva de caráter clínico, por meio de encontros com professoras, durante os quais se fez uso de dramatizações como recursos mediadores da comunicação emocional. A experiência demonstrou que a configuração de um espaço de encontro e de trocas favoreceu a expressão subjetiva e permitiu que as concepções acerca das

[78] Doutoranda em Psicologia, com bolsa CAPES I, pela PUCCAMP; Mestre em Psicologia, com bolsa CAPES II, pela PUCCAMP; Psicóloga pela PUCCAMP; Bacharel em Artes Cênicas pela UNICAMP. Pesquisadora associada do grupo de pesquisa CNPq "Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção" da PUCCAMP.

[79] Doutoranda em Psicologia, com bolsa CNPq, pela PUCCAMP; Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP com bolsa CNPq. Pesquisadora associada do grupo de pesquisa CNPq "Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção" da PUCCAMP. Membro efetivo, Diretora Secretária do NEW: Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo; Diretora Co-Editora da FLAPAG – Federação Latina de Associações de Psicanálise de Grupos.

[80] Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; Orientadora de Mestrados e Doutorados dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Coordenadora da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação; Presidente da NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

possibilidades e das formas de execução da inclusão escolar fossem expressas.Percebeu-se que, no imaginário dessas professoras há presença da relação entre inclusão e homogeneidade, não contemplando, portanto, a assunção das diferenças individuais, bem como seu manejo. Tal concepção, paradoxalmente, pretende isolar os alunos ditos especiais, capacitá-los, para, posteriormente, enviá-los aos grupos, nesse caso, à sala de aula.

PALAVRAS-CHAVE: inclusão escolar – estilo clínico ser e fazer – teatro espontâneo - sofrimento no trabalho - psicanálise

O SOFRIMENTO DO PROFESSOR

O cenário atual brasileiro sobre a educação inclusiva apresenta muitos desafios aos profissionais envolvidos neste processo (ZIA e AIELLO-VAISBERG, 2008). Pesquisas recentes destacam a importância da figura do docente e evidenciam em alguns casos o sofrimento emocional destes profissionais envolvidos no processo de inclusão (Cacciari *et al*, 2005; Gomes e Rey, 2008; Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008).

Concordamos com Bleger (1963) quando aponta de forma inovadora que o objeto de estudo da psicanálise é a conduta humana. Para esse autor, que dá importante destaque à dramática da vida – em contraponto a uma concepção epistemológica que remete ao abstracionismo e à separação sujeito/objeto -, tal conceito - a conduta - abrange não somente as manifestações individuais, mas contempla fenômenos que acontecem coletivamente. Consideramos importante destacar que a assunção de um posicionamento que dá primazia à concretude está intimamente relacionado à consideração do contexto em que ocorrem as condutas. Sendo assim, o ambiente – compreendido de forma ampla, contemplando os aspectos histórico, econômico, político, cultural – está intrinsecamente presente nas experiências pessoais.

A freqüência aos textos winnicottianos lembra-nos da importância do papel do ambiente na constituição do *self*[81] e na possibilidade de concretização de ações criativas transformadoras. Esse movimento humano em busca da expressão genuína inicia-se em um estágio muito precoce do amadurecimento emocional, no qual o ser humano sequer consegue conceber a possibilidade de habitar um mundo percebido como independente de sua pessoa. Partimos, portanto, de um estágio de indiferenciação *eu-mundo* para outro, onde as ações pessoais carregam a presença individual, transformando-o.

Nas palavras de Winnicott:

> "Gostaria de dizer que, nestas primeiras e importantíssimas semanas de vida do bebê, os estágios iniciais dos processos de amadurecimento têm sua primeira oportunidade de se tornarem experiências do bebê. Onde o ambiente de facilitação – que deve ser humano e pessoal – possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis." (WINNICOTT, 1966, pág. 08).

Esse percurso, que fazemos durante toda a vida, requer o acompanhamento do cuidado ambiental. Acreditamos, portanto, que sua abrangência estende-se para além da relação mãe-bebê, estando presente em todas as relações inter-humanas.

Dentro deste panorama, a partir de uma interlocução com o pensamento winnicottiano e considerando o papel do ambiente como constituinte da subjetividade humana, compreendemos que o professor é figura essencial para a constituição de um

[81] Temos levado em conta, em nossas pesquisas, a conceituação de *self* utilizada por Safra (1999) : "*Compreendo o* self *como uma organização dinâmica que possibilita um indivíduo a ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que acontece dentro do processo maturacional com a facilitação de um meio ambiente humano. A cada etapa deste processo há uma integração cada vez mais ampla decorrente das novas experiências de vida.* (1999, p. 37 [4]).

ambiente inclusivo que possa favorecer o amadurecimento intelectual e emocional de seus alunos e da comunidade em que se insere.

Dessa forma, a preocupação com as condições de trabalho dos professores justifica-se não apenas em relação a um incremento em suas possibilidades pedagógicas, que poderiam ser sanadas via aquisições intelectuais, freqüência a cursos preparatórios, aumento na quantia de informações e conteúdos a serem ensinados, mas nossa atenção volta-se ao ambiente em que se inserem os professores no seu ofício.

Um mundo cênico

Preocupadas com as condições psicológicas ligadas às possibilidades de implantação das políticas públicas de inclusão escolar, propomos uma forma diferenciada de intervenção no acompanhamento de um grupo de professoras de um Centro de Referência em Atendimento Educacional Especial de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Por observarmos necessidades não atendidas de acompanhamento profissional no que tange à dimensão afetivo-emocional (BLEGER, [1965?]), optamos por oferecer cuidado psicológico a equipes de trabalho, valendo-nos da proposição de enquadres cênicos diferenciados que se fundamentam no *estilo clínico ser e fazer* e nas Consultas Terapêuticas winnicottianas.

Tal enquadre, configurado como criação de um mundo transicional, facilitador da expressão e da ação criativas (MACHADO e AIELLO-VAISBERG, 2003), mundo este que se concretiza com a apresentação de uma *materialidade-rabisco* (AIELLO-VAISBERG, 2004; AMBROSIO, 2005) - nesse caso, o teatro espontâneo de inspiração winnicottiana (CAMPS, 2004, 2009) - objetiva a criação de um espaço lúdico, onde os participantes possam operar a partir de um *posicionamento existencial brincante* (AIELLO-VAISBERG e AMBROSIO, 2007).[82],

A apresentação do acontecer clínico

[82] Esse posicionamento brincante é conceituado a partir da proposta winnicottiana que ...*serefazer*, primeiro o ser e depois o fazer – gestos que carreguem o ser, expressões que permitam aos participantes *encontrarem-se nos produtos de suas ações. – arrumar ou tirar*

Intencionando a comunicação com o meio científico e adotando o paradigma psicanalítico intersubjetivo (GREENBERG; MITCHELL, 1994; STOLOROW, 2000), valemo-nos de narrativas transferenciais como material a ser compartilhado. Esse tipo de registro do acontecer clínico, que inclui a experiência subjetiva do psicanalista e leva em consideração uma atitude fenomenológica, maximamente próxima da experiência, alinha-se coerentemente a uma concepção epistemológica que reconhece a contratransferência como elemento vital na produção de conhecimento. (AIELLO-VAISBERG *et al*, 2009).

Apresentamos vinhetas clínicas de narrativas transferenciais confeccionadas a partir de uma entrevista para abordagem da pessoalidade coletiva, onde foi utilizado como procedimento mediador dialógico o teatro espontâneo. O encontro foi proposto tendo como tema “ser professor na contemporaneidade”.

o quartinho e o ‘problema pessoal’

Depois que as amigas nadaram, dançaram, tomaram chá e conversaram, houve um momento de silêncio, como havia notado que Ana Carolina estava muito quieta assistindo à encenação, chamei-a e sugeri que ela entrasse em cena e interpretasse o papel de uma professora que passa por uma situação difícil no trabalho e quer desabafar. Até então só nós duas não participávamos da dramatização.
Porém, antes que Ana Carolina conseguisse entrar em cena, Melissa, a dona da casa, passou a chamar pela filha, olhando em minha direção.
Prontamente entrei em cena, dirigi-me a elas e cumprimentei minha professora, como pedido pela minha mãe:

[Melissa] - Filha! Filha! Olha a sua professora aí. Você não vai cumprimentá-la?
Fui até a professora, cumprimentei-a:
[Prof[a]. Helena] – Você não vai me mostrar sua casa?

[Menina] – Ah, tudo bem. Vamos conhecer o meu quarto?

E saímos juntas de cena.

Em seguida Ana Carolina finalmente consegue assumir seu papel de professora angustiada, entrou e disse:

[Ana Carolina] - Olá meninas! Sabe, eu gostaria que vocês me dessem uns conselhos, viu! Porque eu também sou professora e ando tão cansada!

Todas fizeram caras feias como se não quisessem falar sobre isso. E disseram:

[Amigas] - Ai, não vamos falar de trabalho! Pára de se lamentar!
E Ana Carolina calou-se.

Estava preocupada em nos desviarmos muito do assunto e nada ser dito sobre o sofrimento no trabalho, então convidei Helena (que havia saído comigo para o quarto) para que entrasse no seu papel de professora e provocasse as colegas, tocando no assunto novamente.

[Prof^{a}. Helena] - Ai, estou muito cansada, não sei mais o que fazer com minha sala. O que eu faço gente?

No começo elas também resistiram, mas depois começaram a escutá-la e a dizer coisas como:

[Tábata] – Ah, não quero nem saber dos seus problemas, eu te pago pra cuidar do meu filho, se vira.
[Bizet] - Ai, você tá muito desanimada, relaxa um pouco!

[Psicóloga Sabrina] – Mas o que você tá fazendo na sala?

[Profª Helena] – Ah, eu tento ensinar, mas os alunos são difíceis, não aprendem, não páram quietos, só querem bagunçar...

[Psicóloga Sabrina] – Ah, então tenta mudar sua aula, dá brincadeiras pra eles!

[Bizet] - Fique mais calma com eles, não seja tão exigente!

[Tábata] - Seja mais afetiva, você conversa com eles?

[Profª. Helena] – Eu tento, já tentei de tudo, mas eles não me escutam, eles não querem fazer nada!!!

Notei que as outras se calaram, e travou-se uma conversa mais intensa entre a Profª. Helena e a Psicóloga Sabrina, que tentava ajudar a professora com conselhos e orientações de como proceder em sala de aula, tentando motivá-la e ajudá-la a olhar por outros ângulos seus alunos. Mas a Profª. estava renitente, tudo que a Psicóloga sugeria, ela achava que já tinha feito e que não ia dar certo! Até que a Psicóloga se cansou e então a indicou para fazer terapia individual.

[Psicóloga Sabrina] - Ah, acho que você tá muito desanimada! Nada você aceita!! Acho que seu problema é pessoal, você precisa fazer terapia com uma psicóloga! Tó meu cartão, passa lá no consultório que conversamos melhor!

[Profª. Helena] - Ai eu acho mesmo, da aí seu cartão que eu vou lá!

A professora pegou o cartão e um silêncio foi tomando conta do ambiente. Rapidamente as participantes estavam mais caladas, duas levantaram-se, despediram-se e saíram. Sugeri que finalizássemos a atividade.

Entendemos que a apresentação deste tipo diferenciado de atividade, vale dizer, de caráter dialógico, facilitou a ocorrência de uma experiência completa (Winnicott, 1941). Foi possível notar que as participantes comunicaram suas crenças, idéias e sentimentos acerca

do tema proposto e que experimentaram momentos de aproximação emocional, de envolvimento, e de finalização da atividade. Tal experiência é de vital importância para a saúde emocional dos seres humanos e concordamos com Winnicott (1941) quando diz que:

> "Tal experiência não tem um poder temporário de renovar a confiança. O efeito cumulativo de experiências felizes e de uma atmosfera estável e amistosa traz confiança nas pessoas e no mundo externo e um sentimento geral de segurança." (1941, p. x)

Operando em contexto clínico, favorecemos a expressão subjetiva das participantes, uma vez que a criação de um espaço diferenciado de comunicação, lúdico e transicional, contribuiu para a possibilidade de elaboração reflexivo-vivencial (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008), configuração que encontra semelhança ao que Sirota (1998) denomina como 'espaços intermediários da palavra'.

Pudemos perceber, a partir do encontro com estas professoras, que a idéia de inclusão escolar encontra-se presente em suas crenças, mas que operaria de modo peculiar, não abarcando o conceito de inclusão social. Acreditamos que, naturalmente, essa concepção traz conseqüências quanto às suas atuações profissionais.

Sendo compreendida como restrita unicamente a uma capacitação individual, esta concepção de inclusão escolar deveria tomar em consideração o aluno especial, capacitá-lo isoladamente dos outros alunos e, quando estivesse apto, seria inserido com sucesso junto ao convívio com os demais.

Parece que esse primeiro momento, de uma inclusão exclusivista, revela a crença de que o ambiente social não seria acolhedor, trazendo mais ameaça que benefícios ao aluno com necessidades especiais.

Deste ponto de vista, paradoxalmente, ao praticarem a inclusão, operam num primeiro momento a partir de um movimento excludente do aluno e pressupõem que este é o único a ser considerado no processo. À classe caberia apenas receber o colega já treinado. Implicitamente nessa "teoria" aparece uma tentativa de minimizar os

estranhamentos, como se fosse possível para um ser humano não ser afetado por outro ser humano.

Podemos inferir também, a partir desta comunicação, a existência de um “sonho de homogeneização”, onde a prática profissional aparece a seu serviço. Sendo assim, não haveria espaço para a presença das diferenças individuais, para as singularidades; estas seriam arestas que se apariariam, em prol da convivência coletiva harmoniosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, Tania M. J.; MACHADO, Maria Christina Lousada. Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Josette Monzani e Luiz R. Monzani. (Org.) *Olhar: Fabio Herrmann Uma Viagem Psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, p. 311-324, 2008.

ÁVILA, Camila Ferreira de; TACHIBANA, Miriam; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. vol. 18, p. 155-164, 2008. Disponível em www.scielo.br

BLEGER, J. [1965?] *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

CACCIARI, Fernanda Rodrigues, LIMA, Flavia Teresa de; BERNARDI, Marli da Rocha. Ressignificando a prática: um caminho para a inclusão. Construção Psicopedagógica, vol. 13, nº. 10, p. 0-0, 2005. Disponível em: www.scielo.br . Acesso em 03 de maio de 2008.

CAMPS, Christiane Isabelle Couve de Murville. *A Hora do Beijo: Teatro Espontâneo com Adolescentes.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPS, C. ***Ser e Fazer na Escolha Profissional***: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana. São Paulo, 2009. 204f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo.

GOMES, Claudia; GONZALEZ REY, Fernando Luis. Psicologia e inclusão: aspectos subjetivos de um aluno portador de deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 14, n. 1, abr. 2008. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 22 de maio de 2008.

GREENBERG, J.; MITCHELL, S. Relações objetais na Teoria Psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SAFRA, G. *A face estética do* self: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco 1999.

SIROTA, A. (1998) Des espaces culturels intermédiaires. In J. Barus-Michel e F. Giusti-Desprairies *La scène sociale: crise, mutation, émergente.* Paris, Eska.

STOLOROW, R.. Psicanálise relacional: entrevista com Robert Stolorow. *Percurso*, São Paulo, Sedes Sapientiae, v 13, n 24, p. 97-102, 2000. Disponível em: http://www2.uol.com.br/percurso/. Acesso em: 24 Out 2009.

WINNICOTT, D. W. (1941) A observação de bebês em uma situação estabelecida. In *Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 139-164.

WINNICOTT, D. W. (1966) A mãe dedicada comum. In Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães*. Tradução de Jefferson Luiz Camargo, 2a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 1-11.

ZIA, Katia Panfiete; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. O professor e a inclusão escolar: uma revisão bibliográfica preliminar. In: *Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia*, 2, 2008, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2008. Disponível em: www.puc-campinas.edu.br.

POSTER 31

A COMPREENSÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB O OLHAR DA INTERDISCIPLINARIDADE.

Paola Marmorato

Ana Lúcia Nogueira Braz.

RESUMO

Esta pesquisa busca conhecer algumas das diversas formas de tratamento propostas à Dependência Química e verificar como alguns profissionais lidam com este tema, bem como questionar a possibilidade e existência dos trabalhos interdisciplinares nesta área. Nosso estudo tem como objetivo investigar o tema Dependência Química e verificar de qual maneira a Psicologia se insere neste tipo de trabalho, além das especialidades envolvidas e como estas colaboram. Compreender o trabalho interdisciplinar na dependência química é de fundamental importância, pois só podemos entender o indivíduo se olharmos por diferentes ângulos uma vez que este é resultado de uma interação biopsicossocial. Escolhemos a pesquisa bibliográfica do tipo exploratória para este trabalho, e utilizamos artigos científicos, monografias, e autores clássicos desta temática. Percebemos que é difícil precisar características psicológicas individuais que favoreçam o uso das drogas, pois como entendemos este inserido em um contexto, ele estaria então afetado em suas diferentes áreas, e neste sentido, a dependência seria um sintoma de um problema social e não apenas individual. Sugere-se mais estudos nesta área, bem como estudos empíricos, buscando a compreensão de um trabalho interdisciplinar na prática com a participação da Psicologia neste problema de saúde pública.

Palavras-chave: dependência química; interdisciplinaridade; trabalho em equipe.

Introdução

O presente trabalho busca conhecer de maneira profunda algumas das diversas formas de tratamento propostas à dependência química, bem como verificar de qual maneira alguns profissionais lidam com este tema, principalmente a Psicologia. Também temos objetivo de verificar a possibilidade ou não da realização de um trabalho nos moldes interdisciplinares, se ocorrem e quais são os profissionais envolvidos.

Inicialmente é importante salientar que não vemos ser possível falarmos de droga sem falar do indivíduo inserido num contexto complexo, que envolve e vai além dele

enquanto indivíduo, pois só podemos entendê-lo como um sujeito biopsicossocial e assim é fundamental entender a sociedade, o ambiente, os grupos onde ele está inserido, entre tantos outros campos, onde se desenvolvem seus papéis e sua personalidade. Deste modo, estudarmos a droga é entrar em contato com essas realidades e aspectos complexos do indivíduo, com aspectos sociais e culturais, que muito interferem, mas pouco são trabalhados e por outro lado são constantemente estigmatizados.

As drogas causam prejuízos em muitas áreas: psíquica, cognitiva, emocional, fisiológica, social, e isso já justificaria a presença de vários profissionais para a realização de um tratamento mais completo, abrangente. A maneira que a equipe trabalha afeta diretamente no indivíduo que está recebendo aquele atendimento, favorecendo até mesmo a adesão a esse tratamento. Para estudar sobre alguma dependência, é necessário antes sabermos um pouco mais a respeito da substância, o que é, e como ela tem esse amplo espaço na sociedade. De acordo com Gonçalves (1988), droga é *"toda substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais de suas funções."*

Totugui (1988) diz que no Brasil a droga funciona muitas vezes como anestésicos de angústias e sofrimentos, ligados a miséria e a fome, e não somente a fome física, mas também a indigência moral, devido às precárias condições de vida (analfabetismo, desemprego, discriminação racial, entre tantos outros). Muitas vezes o uso dessas drogas é misturado com o álcool, fazendo parte de todo esse contexto social empobrecido.

Esse é um dos pontos essenciais que devemos refletir. Provavelmente, o indivíduo é apresentado a alguma substância num período de desenvolvimento, o que "facilita" sua aceitação caso necessite muitas vezes desse "apoio" que ele almeja e acredita ter com a droga. As condições sociais influenciam muito no desenvolvimento de uma dependência.

> É o caso dos jovens dos subúrbios e favelas, de menores abandonados, de crianças desnutridas – toda aquela população jovem marginalizada, com freqüência sem família, sem apoio e sem trabalho, que encontramos em cada esquina das aglomerações urbanas. (BUCHER, 1992, p.30)

Citamos a fome como um dos contextos que vemos ser possível o uso de drogas, mas não podemos nos esquecer também e trazer como exemplo em um contexto

econômico totalmente inverso a esse, um público que faz o uso não só de drogas ilegais, mas também de drogas lícitas e legais, que também podem criar dependência (remédios, antidepressivos, moderadores de apetite, entre tantos). "*Mas no caso de jovens oriundos das camadas privilegiadas da sociedade, a que tipo de fome, a que tipo de falta tem que se pensar para entender o frenesi do abuso de substâncias psicoativas?* " (BUCHER, 1992, p.232). O autor aponta que também nesses casos se vê o "*desespero, o vazio, o tédio*" (p. 232-233)

Lima (2002) aponta que a sociedade deve saber lidar com assuntos como a drogadição. Ele traz um dado importante quando afirma que a sociedade tenta *"eliminar o que é ineliminável"*, ou seja, ela cria condições para o indivíduo fazer uso da droga e depois o rejeita. Esse favorecimento que o autor traz se refere a padrões que são criados pela sociedade para a busca da felicidade. Assim, o indivíduo é lançado a essa busca sem condições para alcançá-la, uma vez que para isso, ele deva ter acesso a bens materiais e culturais. Aspectos psíquicos também contam, além da fragilidade (interna e externa) a que os indivíduos são e estão submetidos.

> Some-se isso a peculiaridades da vida psíquica de cada um, a disposição para suportar mais ou menos certo tipo de sofrimentos e por fim o comércio inescrupuloso e odioso dos barões do tráfico: o resultado é infalível! Os mais frágeis pagam a conta dos mais fortes e, todos juntos, se tornam cúmplices da "Droga", do "Tráfico de Drogas", verdadeiros fetiches de uma cultura que perdeu sua razão ética de ser. (LIMA, 2002, p. 18)

Kalina e Kovadloff (1980) apontam que há uma grande contradição da sociedade pois ela reprime e fomenta a adicção. Para eles, isso ocorre por conta dos sistemas sociais que, com suas ideologias, descartam os que não são seus iguais.

> [...] Simultaneamente, ele próprio é produto e conseqüência de uma sociedade paradoxal e dividida [...] Na maioria dos casos, é uma pessoa que, como já vimos, sofreu intensas frustrações – especialmente macro e microabandonos, que muito cedo incidiram para condicionar o desenvolvimento de sua personalidade frágil, desprovida de recursos internos adequados para enfrentar, de maneira proveitosa, os acontecimentos que marcaram sua vida. (KALINA E KOVADLOFF, 1980, p.41)

Assim, devemos pontuar o grande número de formas de tratamento, que vão desde intervenções medicamentosas à orientações terapêuticas. Conforme Silveira (1996), sabemos pouco sobre o tema, e este é um dos motivos de termos vários modelos, observando que nenhum pode ser considerado melhor que o outro.

Conforme Bucher e Costa (1988), o que percebemos é que as abordagens do atendimento à toxicômanos trata de um aspecto (de ordem biológica, psicológica, social e jurídica) e não do conjunto. E em nosso entender, esse conjunto é o necessário, pois sem ele, não há abordagem do sujeito como um todo, quer seja neste ou em outro problema. Tanto o atendimento quanto o olhar para este indivíduo deve ser de modo conjunto, priorizando o sujeito e não um fator somente.

De acordo com Olievenstein, citado por Bucher e Costa (1988), a toxicomania é decorrente de três fatores que são: *"a personalidade do toxicômano (fator psicológico), o momento sócio-cultural, e o produto."* (BUCHER E COSTA,1988,p.69) Então, qualquer que seja a abordagem, é preciso levar em consideração o indivíduo em sua totalidade, senão, podemos ter visões diferentes ou unilaterais do problema.

Silveira (1996) pontua que o tratamento deve ser realizado de maneira global, incluindo a parte médica, psicoterápica e social. Ele aponta que várias são as abordagens que tratam de dependências, tais como as que mantém a abstinência como por exemplo grupos de auto-ajuda; as que substituem uma dependência por outra equivalente sob orientação médica; controle com medicamentos dos sintomas da dependência; adaptação de comportamentos desviantes de uma normatização definida por uma estatística e também organização de personalidade onde foi identificado o distúrbio.

De acordo com Bucher e Costa (1988), os diversos modelos de atendimento são de visões unilaterais, supervalorizam alguns aspectos e prejudicam outro, não chegando a complexidade que o fenômeno necessita. O olhar interdisciplinar aqui é importante.

Para Almeida (2002) é importante realizar um estudo de quais os profissionais que podem ser úteis no tratamento da dependência química pois isso faz com que se evite o desperdício de recursos. Ele aponta como importância a Educação Física, a Psicologia, a Medicina, o Serviço Social, a Nutrição.

Bucher (1992) destaca que os serviços nas instituições deveriam funcionar com equipes multidisciplinares, tendo a participação de "*médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e recepcionistas (ou "acolhedores"), entre os quais podem ser incluídos ex-toxicomanos, devidamente treinados.*" (BUCHER, 1992, p.249).

Notamos que atualmente está se tornando comum a utilização do termo trabalho multidisciplinar e trabalho interdisciplinar, mas nem sempre estes são claramente diferenciados e realizados de maneira fiel ao que se propõem, sendo frequente a utilização destes termos de uma maneira equivocada. Cada vez mais é comum nos depararmos com trabalhos multidisciplinares, pois cada vez menos estamos trabalhando sozinhos, sem interferência ou colaboração de outras áreas que não as de nossos estudos específicos. Para que esta tarefa seja efetiva, acreditamos que o olhar interdisciplinar se torne necessário e útil, uma vez que estamos falando de um sujeito integrado, complexo, em um determinado contexto, onde ele necessita de vários profissionais para auxíliar em sua reabilitação.

Método

Utilizamos como método para este estudo a pesquisa bibliográfica, do tipo exploratória, que visa conhecer na literatura estudos sobre a dependência química e alguns de seus envolvimentos. Ao pensar sobre o tema, estivemos em contato com profissionais da área de Dependência Química, onde foi possível aprofundar mais no tema de interesse disposto a estudar.

Foram realizadas pesquisas desde o mês de agosto de 2008, nas bases de dados BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Pepsic, SciELO, além das bibliotecas da Universidade São Francisco e Pontifica Universidade Católica de São Paulo. Também foram utilizados trabalhos de curso de Aprimoramento em Dependência Química.

Discussão

Falarmos sobre o tema dependência química é entrarmos em um assunto complexo, com muitas vertentes e de grande reflexão. Sabemos que a droga está nos mais diversos e diferentes contextos, ela entra nos diversos ambientes que estamos, seja na escola, no

trabalho, em casa ou nas ruas. Ela desperta por um lado o medo, a intolerância, a raiva, o preconceito. Por outro lado existe a polêmica quanto a sua legalização e liberação do uso. É um assunto que incomoda. A partir do levantamento bibliográfico realizado, pudemos pensar sobre a dependência química e as diversas e diferentes formas de tratamento possíveis que podem ser oferecidas ao indivíduo.

Para Silveira (1996) não é simples caracterizarmos a farmacodependência pois por mais que a psiquiatria classifique como uma doença autônoma, não falamos em doença, mas em conduta, lembrando sempre que esta se origina de uma tríade: a substância, o indivíduo com toda a sua singularidade e o contexto social onde é feito a junção entre o indivíduo e a substância. Mas antes disso, nós pudemos e devemos pensar no papel que a droga tem para quem a usa, uma vez que ela não surge e nem entra na vida de alguém de um dia para o outro. Acreditamos que o uso e a dependência química decorra da tentativa de preencher lacunas, vazios de vida que são abertos das mais diversas formas.

Uma dessas lacunas pode ocorrer na formação do indivíduo, no decorrer de seus primeiros anos de vida, onde as relações acontecem e o marcam de maneira muito particular. Estas relações podem não se manter, mas as marcas que elas deixam, permanecem por todo o desenvolvimento deste ser. Assim, o indivíduo que no seu início de vida, foi suprido de suas necessidades e estas o foram suficientemente saudáveis e realizadas, terá maior possibilidades de ter, em seu interior, um querer viver, um sentido em sua vida. Lembramos aqui que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida do indivíduo, uma vez que nós entendemos que estamos em constante desenvolvimento, até o final de nossas vidas, ou seja, nenhum ser deixa de se desenvolver em alguma parte de sua vida, desde o seu nascimento até a sua finitude. Mas as qualidades das primeiras relações de certa maneira nos marcam e repercutem em uma fase mais a frente de nosso desenvolvimento. Todos nós fomos marcados por nossas primeiras relações, nossos primeiros vínculos, tendo sido estes nossos pais ou quaisquer outros cuidadores que tivemos. Isso nós levamos para nossas futuras relações, em nossa socialização, o que nos faz pensar que na sociedade em que estamos, e o que temos, é resultado dessas interações ‘individuais’. Então, o que percebemos é que a qualidade dessas relações é extremamente importante para a formação do indivíduo. São destas que surgem uma pessoa, uma personalidade, que vai se integrar com o mundo e formar novas relações.

Ora, se a droga não está sozinha e entra na vida do indivíduo conjuntamente com outras carências, este indivíduo não entra sozinho para tratamento. Ele precisa ser tratado sim, mas todo o conjunto que ele traz também necessita de cuidados. E a equipe de atendimento deve estar integrada para uma maior eficiência em todo este processo. É preciso então que as áreas se integrem, se conheçam, se comuniquem, se preocupem com o indivíduo e não apenas com sua técnica. Verificamos que as clínicas afirmam trabalharem de modo multidisciplinar, ou seja, com vários profissionais envolvidos, mas isso não nos mostrou se elas atuam de maneira interdisciplinar como até algumas mencionam funcionar. Trabalhar integrado é bem diferente de trabalhar ao lado, junto com. Estar integrado é ouvir o profissional e trocar com ele informações valiosas ao foco, que é o mesmo.

Isso só acontece quando há uma participação de todos os envolvidos, quando o Educador Físico troca experiências, idéias e elementos de sua própria profissão e específicos dela talvez, com o Psiquiatra, e com a equipe de Enfermagem, e isso resulta em uma melhor reflexão da Enfermagem o que levará a estes trocarem informações não só com o Educador Físico, mas também com a equipe de Nutrição, com o Psicólogo, com o Terapeuta Ocupacional, e todos juntos, entenderão minimamente da linguagem específica de cada área, mas mais que isso, entenderão do indivíduo que está ali para ser tratado, cuidado, como um ser inteiro, portanto o trabalho não pode ser fragmentado.

Para isso acontecer, é necessário mudar o pensamento e trabalhar questões importantes como o poder, o trabalho em equipe, as relações e as particularidades que cada membro da equipe traz. Não estamos aqui apontando que esta subjetividade deva ser posta de lado, ao contrário, mas que o profissional venha e partilhe com toda a sua subjetividade, pois nela há toda a riqueza necessária para uma interação, um trabalho em equipe, visando o bem do indivíduo que chegou para atendimento. Uma equipe bem integrada e participante faz se refletir essa integração no tratamento e até mesmo na adesão a esse tratamento. Kalina (1988) diz que são várias as maneiras de se abordar o indivíduo para tratamento. Para este autor, *"toda adicção é uma psicose e uma enfermidade suicida a curto ou longo prazo."* (KALINA, 1988, p.54), e neste sentido se faz necessário um acompanhamento terapêutico.

Oliveira e Tedesco (2006) afirmam que "*acolher, receber, estar aberto para a especificidade da vivência do outro"* é o indispensável no tratamento de dependência química. (OLIVEIRA E TEDESCO, 2006, p.53)

Lima (2002) traz sua preocupação em que, na intervenção possa ter um olhar diferenciado como quem examina sobre o tema, para não cair em uma reprodução e não manter um preconceito já existente.

Considerações Finais

Pudemos perceber que o tema Dependência Química é muito complexo para ser tratado em uma só pesquisa. É um tema de grande importância e de relevância social, não sendo possível ser tratado de maneira simples ou resumida.

Este trabalho teve como objetivo principal realizar uma pesquisa bibliográfica sobre este tema onde se pudesse perceber se é possível ou não realizar de maneira interdisciplinar um tratamento e uma compreensão da Dependência Química. O que concluímos é que o trabalho interdisciplinar é uma maneira possível e importante de realizar tratamentos de drogadição, porém é necessário que seus membros estejam envolvidos e abertos para este fim. Para isso acreditamos ser de fundamental importância que esta maneira de trabalhar tenha início nas graduações, que os alunos tenham uma formação que se preocupe com a integração dos conhecimentos e das áreas. Assim será possível uma convivência sem tantas lutas por imposições ou poder do conhecimento, ou seja, seriam diminuídas as tentativas de se impor um saber sobre o outro, pois na interdisciplinaridade todos os saberes são importantes.

Como se trata de uma pesquisa bibliográfica, não foi possível verificar em campo a interdisciplinaridade junto as equipes e instituições que afirmam trabalhar desse modo. Sugerimos que este estudo tenha continuidade, e que uma pesquisa de campo seja realizada para que se verifique como é este trabalho interdisciplinar em uma instituição que lidam com a Dependência Química e quem sabe poder verificar se o índice de adesão ao tratamento é maior em uma clínica que atua de maneira interdisciplinar do que outra que trabalha de maneira multidisciplinar.

Finalmente nesta nossa pesquisa, foi possível ressaltar e entender que a interdisciplinaridade é possível e importante em qualquer trabalho que se desenvolva em se tratando de Dependência Química.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Eduardo da Silva. Atuação de Equipe no Tratamento da Dependência Química. Monografia para Conclusão de Curso de Aprimoramento em Dependências Químicas, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo,2002.

BUCHER, Richard (org.). As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: E.P.U., 1988.

GONÇALVES, Elizabeth Costa. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, Richard.(org.) As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: E.P.U., 1988.

KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago. Drogadicção: Indivíduo, família e sociedade. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1980.

KALINA, Eduardo. Drogadiccao II. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988.

LIMA, Sérgio Alves. A clínica do possível: tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

OLIVEIRA, Maria Paula M.Tavares, TEDESCO, Solange. O acolhimento. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (orgs.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Dependências: de que estamos falando afinal? In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier; GORGULHO, Mônica. (orgs.) Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

TOTUGUI, Márcia Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard. (org.) As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: E.P.U., 1988.

Inscricao Numero: 477
Nome: Paola Marmorato
Tel.: (11) 81299313
Email: pmmarmorato@gmail.com
Cidade: Sao Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Decimo
Faculdade: Universidade São Francisco

POSTER 32

RELAÇÕES FAMILIARES E DROGADIÇÃO ANALISADAS A PARTIR DO LIVRO "MEU NOME NÃO É JOHNNY"

Jario B Meneses[83].

Jairo Ferrandin[84]2

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo estudar aspectos conflituosos e motivacionais da adolescência contemporânea por meio da análise do livro "Meu nome não é Johnny", obra que focaliza um protagonista em situação de dependência química. A análise se centra no exame da possível articulação entre ruptura de laços familiares e favorecimento de comportamentos autodestrutivos e a adesão ao uso abusivo de drogas.

Palavras-chaves: Drogadição, Família, Adolescência.

INTRODUÇÃO

Há hábitos que nos acompanham por toda vida, e somos freqüentemente levados a consumir vários produtos sem refletir o mau que eles podem causar em nosso organismo, ou em nossa vida de uma forma geral, apenas visando um rápido bem-estar e sentimentos de onipotência. Entre eles os mais comuns são as drogas lícitas como, por exemplo, o cigarro e o álcool. Mas há também o consumo de drogas ilícitas, que pode ser definido como o mau uso de qualquer droga para outros fins, que não sejam os originais tenham sido prescritos. O impulso irreprimível de consumir essas substâncias tóxicas de forma contínua

[83] Graduando em Psicologia pela Universidade São Francisco

[84] Teólogo e Filósofo Doutorando em Filosofia pela PUC-SP desde 2006, orientador da Universidade São Francisco.

ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e, por vezes, para evitar o desconforto causado pela privação, podendo ser vista como uma dependência psicológica, cujo indivíduo sente uma necessidade urgente de tomar drogas, sendo denominada assim como drogadição. Normalmente o consumo dessas drogas inicia-se no período de novas descobertas como a adolescência.

Segundo Freitas (2002) o adolescente nessa fase esta passando por um período de transformações e se acha freqüentemente sujeito as frustrações entre motivos e problemas, no qual procura um grupo onde este acredita o compreender e mostrar soluções rápidas para seus questionamentos. A família tem um papel fundamental na formação do adolescente como informar e orientar o jovem em valores que formaram seu caráter durante o seu desenvolvimento.

Tendo presente o que foi exposto acima colocamos a seguinte questão: as relações familiares influenciam a entrada do jovem nas drogas?

Partimos do pressuposto que a dependência química poderá ser influenciada por relações familiares. Supomos ainda que as relações familiares instáveis do protagonista João Guilherme Estrela, do livro “Meu nome não é Johnny” influenciaram no acesso do jovem ao mundo das drogas e que a dependência química contribuía para que ele solucionar a frustração vinda da separação de seus pais vivida na infância.

O objetivo deste trabalho é caracterizar os aspectos motivacionais e relevantes que conduziram o protagonista João Estrela à dependência química e marginalização, com base no livro “Meu nome não é Johnny”.

Meu nome não é Johnny é a biografia de um jovem carioca, João Guilherme Estrela, filho bem nascido no seio da típica classe média brasileira que tornou-se um dos muitos chefes do tráfico que circulam na cidade do Rio de Janeiro. O protagonista tinha tudo, menos limite, filho de pais permissivos que fechavam os olhos para tudo o que acontecia na sua frenética vida.

No livro a sua mãe aflita e desnorteada procura um advogado para o filho, que fora preso acusado de trafico. O advogado pergunta há quanto tempo ela tinha conhecimento das atividades ilícitas do filho. A mãe responde que não sabia de nada, que nunca imaginou que isso pudesse acontecer, ao menos na sua família

Para sustentar o vício o protagonista tornou-se traficante, obtendo grandes lucros, mas, gastou tudo em drogas e festas de embalo. No manicômio onde cumpre pena, Estrela acaba por se dar conta da sua própria vida.

O isolamento lhe provocou *insights* transformadores. O protagonista viveu uma experiência de vida confortável, sem ter de lutar para sobreviver, bem acima da média da juventude brasileira. Nada acumulou de patrimônio. Conseguiu, entretanto, na reclusão tratamento psíquico no manicômio, por conta de dinheiro público além de cama e comida. Precisou de uma segunda chance. Obteve. Recuperou-se. Hoje é um cidadão de bem.

Nesse contexto há também o intuito de investigar as relações familiares e sua influência na formação da personalidade de João Estrela, por meio de relatos narrados no livro verificando se uma ruptura intensa nos laços familiares pode favorecer a um comportamento autodestrutivo e a permanência no mundo das drogas.

O interesse por realizar o presente trabalho surgiu durante as aulas de Psicologia comunitária, do Desenvolvimento Humano e as de Psicopatologia, onde foram abordados assuntos como a formação do eu e a importância da família para a constituição do sujeito.

A importância desse trabalho contribui para o conhecimento do pesquisador e também para o conhecimento de profissionais da área de saúde e seus familiares como reflexão para possíveis fatores de risco junto aos jovens que estão em uma situação de dependência química.

MÉTODO

A busca de materiais foi feita utilizando o método de levantamento bibliográfico, e quanto à pesquisa, Vergara (2003) afirma que esta é tida como estudo sistematizado que são desenvolvidos com base em um material publicado, com livros, revistas, jornais, redes eletrônicas e matérias que estão acessíveis ao público, assim fornecendo informação analítica a qualquer outro tipo e forma de pesquisa, mas também pode ser suficiente para si mesma.

Será utilizado o livro *“Meu nome não é Johnny”* do autor Guilherme Fiuza publicado pela editora Record no ano de 2004.

Será realizada uma análise do livro *"Meu Nome Não é Johnny"*, será utilizado o livro, pois o filme é uma segunda leitura do livro e o livro contém dados mais detalhados que o filme não mostra. A pesquisa qualitativa vem de encontro com os objetivos deste trabalho em realizar um estudo preliminar e investigativo, do personagem João Estrela, protagonista do livro nacional "Meu nome não Johnny", tal pesquisa procura introduzir um rigor, não matemático, aos fenômenos que não são possíveis de serem estudados quantitativamente, tais como: relações familiares, drogadição, e aspectos que fazem parte para formação da subjetividade do sujeito.

Compreender e analisar os dados da biografia de João Guilherme Estrela, com base na literatura, pesquisada e encontrada em livros, teses, dissertações e artigos sobre drogadição e relação familiar.

ANÁLISE DO LIVRO.

Os papeis familiares são de fundamental importância, a liberdade constitui um fator básico no processo educacional da criança e do adolescente, e nela que se baseia tudo o que o sujeito será quando adulto, tudo ira depender do que ele aprendeu por ser livre. É preciso orientar a criança no sentido de que liberdade não é fazer o que se quer, quando se quer. Os pais de João Guilherme Estrelas eram permissivos de mais quanto à questão liberdade e autoridade essa liberdade pode ser vista no seguinte trecho do livro:

> João Estrela estava especialmente orgulhoso por ter mandado seu filho de onze anos de idade, sozinho a Disneylândia, o menino viajara triunfante sem os pais, e voltará triunfante, dono de si, cheio de historias para contar. (FIUZA, 2004, p. 15).

Para o pai de João mandar o filho para a Disneylândia, sem a presença dele ou de sua esposa era uma vitoria. O relacionamento estabelecido entre pais e filhos é necessário para que a criança possa estabelecer vínculos com os pais, esse tipo de relacionamento era confuso, a autonomia gerada precocemente pelo comportamento de seus pais fez com que João Guilherme Estrela fez com que a liberdade oferecida pelos seus pais se torna permissividade, onde o mesmo recebia tudo o que os pais achavam necessário para ele, fazem assim com que as duas partes se sentirem menos culpadas, o pai e a mãe por

estarem ausentes, e o filho estava satisfeito, pois tinha seu ego inflado devido ter tudo o que queria a hora que queria.

> Aos treze anos, graduado em matéria de praia, João Guilherme pediu-lhe uma prancha de surfe.
> - Eu topo - respondeu o pai-, desde que você pague a metade.
> - Eu? Mas eu não tenho dinheiro pai.
> - Bom ai já é problema seu.
> O garoto se mexeu se virou e descolou um emprego de entregador de jornais [...]Seis meses mais tarde tinha sua prancha de surfe , e continuava a acordar cedo, agora não para entregar jornais mais sim para madrugar na praia. Largou o JB, mas como ainda tinha alguns boletos para a cobrança das assinaturas, resolveu fazer algumas visitas “extras” por conta própria. Batia na porta de alguns clientes, um ou dois dias antes do vencimento do boleto, e convencia a vitima a liquidar logo a fatura, embolsava a grana e convidava os amigos para uma sessão pornô no cinema. (FIUZA, 2004, p.18)

Todas as condutas representam modalidades de escape de uma tensão interna, a necessidade de assegurar na realidade do distanciamento de suas relações objetais durante sua infância segundo Marcelli (2007) quanto maior for essa necessidade, mais brutal ela será e mais assumira uma forma patológica influenciando diretamente na formação da identidade do sujeito. Na conduta de João Guilherme Estrela nesse trecho do livro nota-se a falta de orientação de seus pais, onde o pai dá total liberdade para o filho angariar fundos para comprar sua prancha e se divertir, mas não dá o devido suporte para que o mesmo faça isso de forma lícita, mais uma vez o fazendo confundir liberdade com permissividade, a partir desse momento João Guilherme Estrela começa uma nova fase, sua adolescência tem início de forma independente onde seus pais cedem sua participação em sua vida para seus círculos de amizades formados na praia e na escola.

Vista dessa ótica, o conflito entre os pais e João Guilherme Estrela não é visto como um resultado da adolescência e sim como o testemunho de dificuldades tanto dos pais como do filho de se comunicar. Segundo Bleger (1989) o ideal para qualquer desenvolvimento humano não é a falta de conflitos e sim a capacidade de dinamizá-los.

> Ao tocar o sinal do intervalo João Guilherme Estrela foi até o porteiro da escola, avisou-lhe que tinha caído um galho de árvore enorme no meio do campo de futebol. Levou-lhe, até lá, onde não havia galho nenhum, enquanto do lado oposto de térreo três alunos e uma aluna do primeiro ano cientifico pulavam o muro que dava para o parque Lage. João Guilherme acendera o baseado. Era a terceira vez que executavam essa operação clandestina, e aquela altura não podia haver nada mais emocionante do que cometer uma ação tripla num só ato: fugir da escola, invadir o Parque Lage e fumar maconha. (FIUZA, 2004 p.20).

Após o conflito estabelecido com seu filho João Estrela apenas concorda com seu filho, e acaba mais uma vez a alimentar o ego de seu filho, desestruturando seu relacionamento com seu filho e não exercendo seu papel de pai. A contribuição da família na construção da identidade de seus filhos leva-nos a reflexão sobre os sintomas a que podem aparecer, caso a família enfrente dificuldades nesse processo.

> João Guilherme Estrela quase não para em casa. Senão estava em Petrópolis, em Angra dos Reis ou na Bahia, chegava e saia rapidamente, às vezes só para trocar de roupa. Seu quarto ficava colado ao de seus pais, na ala frontal no segundo andar, e em um desses encontros a jato no corredor, seu pai colheu-o com um abraço silencioso. Surpreendido, sentiu o pai, com lagrimas nos olhos, segura-lo com força. Por alguns instantes, parecia ter o filho de novo para si. Com voz embargada, pondo de lado o orgulho e o protocolo, Conseguiu dirigir algumas palavras a João Guilherme, basicamente dizendo que tudo era muito difícil para ele. Era o pai enfim pedindo ajuda. Mas o filho não estava preparado para corresponder. Esperou o abraço afrouxar e fugiu. (FIUZA, 2004 p.23)

O uso de drogas e o cometimento de atos infracionais passam a ser analisado com um sintoma de toda família, sendo encarado como uma forma de lidar com os conflitos, mas do que um problema em si mesmo. A função de este sintoma è conduzir uma mensagem de denuncia falhas do sistema familiar e social, ao mesmo tempo em que indica a necessidade de mudança no seu funcionamento.

A fantasia vivida pela família, principalmente pelos pais, de que estão perdendo o seu filho, quando este demonstra movimentos de saída do sistema familiar, gera um estado nomeado por Stanton & Todd, (1988) como “pânico parental”. Mais do que isso, é um sentimento de pavor que não pode sequer ser nomeado, mais paira todo tempo sobre o sistema familiar, ameaçando-o de destruição. Isto ocorre porque a possibilidade de crescimento e independência do filho é vista como uma ameaça a continuidade familiar. Assim esse pânico confirma a possibilidade da separação, vista como ruptura e abandono, pois nessas famílias, há a percepção de que os vínculos são permanentes, mas não são estáticos e que as pessoas co-evoluem em relação, num processo dialeto entre autonomia e dependência.

> A doença separa-o de Maria Luiza, que fora morar com a mãe. Alérgico ao vazio e ao desalento, João Guilherme recolonizou o espaço a sua maneira, promovia rodadas de pôquer na sala de jantar madrugada adentro, liberando maconha e qualquer outra droga que os visitantes quisessem consumir. O clima de cassino e a ausência total de censura foram transformando o primeiro andar de sua casa em uma espécie de território livre. Embora ainda preferisse fumar maconha, João já havia experimentado cocaína. (FIUZA, 2004 p.24)

A droga surge, assim, como uma anestesia para a sensibilidade a realidade, e, portanto, um claro e inequívoco mecanismo de fuga. O uso de drogas oferece a essas famílias uma solução paradoxal ao dilema criado sobre manter ou dissolver a família. Esse filho cuja tarefa é manter a estabilidade da família, encobrindo a realidade inaceitável dos fatos que estão ocorrendo dentro de sua casa, ao drogar-se, oferece a si mesmo em sacrifício pela manutenção de equilíbrio do sistema familiar. “O filho que esteja destinado a não ser, ou seja, a não ter uma identidade própria, em seu afã por ser escolhe uma forma de não-ser, com é a identidade do drogadigto.” (KALINA, 1999, p.47).

Segundo Nicoll, (1984), a necessidade de adições de drogas não se torna imperativa, a menos que haja uma grande discrepância entre o consciente e o inconsciente isto é quando há uma grande quantidade de energia psicológica alojada no inconsciente, sob um símbolo que esta muito distante da possibilidade de aplicação consciente. Em tipos sensíveis, essa condição produz um enorme sentimento de inferioridade e uma sensação de tensão que só é aliviada por meio de alguma droga.

No livro Fiuza (1999) *enfatiza que durante uma de suas noitadas madrugada adentro em sua casa, falece o pai de João Guilherme, o câncer o matou durante uma crise de tosse João Estrela tentou chamar seu filho, mas o barulho da festa não o deixou o som de sua voz chegar até seu filho, que somente descobriu o que acontecia com seu pai na visita que lhe fazia uma vez por noite no período da madrugada. João Guilherme chora muito enquanto a ambulância leva seu pai morto para o hospital. Logo após seu pai falecer João Guilherme Estrela da inicio a sua carreira como traficante, vendendo sua casa, e usando o capital que conseguira para investir nos negócios, deixando de ser um mero receptador para ser um fornecedor de peso, após conhecer Alex, um dos maiores donos de laboratórios de cocaína na America do Sul*.

Freud (1914) traz a primeira explicação para este processo, caracterizando o luto como um estado depressivo que não deve ser tratado como uma patologia, mas como uma fase de inibição do Ego, que de modo geral, é uma reação à perda de um ente querido, objeto libidinoso, ou alguma abstração associada a este ente, o que é de caráter particularmente doloroso até que, em um dado período, o Ego fique outra vez livre e desinibido. É fundamental em nossa análise notar que o uso abusivo de drogas favorece o alívio imediato da tensão, sendo emblemático no que diz respeito à satisfação narcísica. A onipotência narcísica, incessantemente buscada quando o psiquismo é regido pela predominância do ego ideal, costuma ser garantida pelo efeito do uso de drogas.

Ao retornar para o Brasil João Guilherme abre um negócio lucrativo, uma peixaria, onde dentro da barriga dos peixes são colocados quilos e mais quilos de cocaína um ano após abrir a peixaria, João Guilherme é denunciado por um ex-cliente. Após João Guilherme ser denunciado, os policiais armam o cerco e flagram João Guilherme com mais dois cúmplices, dentro do apartamento com dois quilos de cocaína sendo embalados em pacotes

de cinqüenta gramas, para serem exportados para a Europa, e cinqüenta gramas de cocaína dentro do sapato de João Guilherme, o mesmo é preso e levado a julgamento, e após assumir que a droga era sua, eximindo os cúmplices da culpa, apresentando o laudo de dependente químico e assumir essa posição João Guilherme Estrela é enquadrado no artigo doze do código penal brasileiro,e por ser réu primário é sentenciado a cumprir pena em um hospital psiquiátrico.

No hospital psiquiátrico onde João fora sentenciado a cumprir sua pena, o mesmo pode presenciar cenas onde os carcereiros, e responsáveis pela instituição usando droga. O tratamento para deixar as drogas o deixou mais resilente e o mesmo sempre após ser questionado se queria ou não usar novamente, negava e agradecia fingindo não ver nada do que estava acontecendo. A juíza escrevera-lhe uma carta, de fina a carta continha o seguinte texto:

"O verdadeiro lugar de nascimento é aquele em que lançamos pela primeira vez um olha inteligente sobre nós mesmos." (Marilena Soares Reis Franco juíza federal 13° vara)

Após ganhar alvará de soltura por bom comportamento João Guilherme vai visitar a juíza que depois de seis meses morre de câncer. João Guilherme então fora rever sua ex-esposa e soube que a mesma havia se envolvido com homens que exerciam a antiga profissão de João Guilherme Estrela, e enfim João Guilherme Estrela retornou ao seu lar onde fora acolhido por seus familiares, e abraçado fortemente por seus parentes, e reinserido em seu contexto social. (Fiuza,2004)

Resiliência é freqüentemente referida por processos que explicam a "superação" de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (Yunes & Szymanski, 2001, Yunes, 2001, Tavares, 2001).

O dicionário de língua inglesa Longman Dictionary of Contemporary English (1995) oferece duas definições de resiliência, sendo a primeira: "habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.: resiliência de caráter". A segunda explicação para o termo encontrada no mesmo dicionário afirma que resiliência "é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade".

A resiliência adquirida pelo protagonista fora tomando forma de acordo com a necessidade do sujeito, na medida em que a droga não o satisfazia mais, o mesmo criava consciência que estava em um período de transição para sua aceitação social e necessidade de transformação, para ser aceito novamente por sua família e pela sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho conclui que a família é importante peça para a formação da personalidade do sujeito, e a mesma exerce papel fundamental na constituição da identidade do sujeito, a partir de seus referenciais paternos, dando suporte no período de transição entre a fase adolescência e vida adulta.

As relações familiares constituem-se de acordo com o desenvolver do ser humano, e tendem a se intensificar de acordo com o desenvolvimento do ser em seu desdobramento psíquico, essas relações são de vital importância para que o sujeito se afirme como ser independente e autônomo dono de suas decisões, e relações sem precisar de nenhum tipo de dependência, seja ela de qualquer natureza.

Um dos fatores que influenciaram a entrada do protagonista à drogadição foi à falta de limites que deixaram de ser impostos por seus pais, e adultificação precoce e liberdade em excesso, de João Guilherme Estrela, onde o mesmo sempre fora instruído a criar suas próprias regras, independente delas serem aceitas pela sociedade ou não, as relações entre pais e filho estabelecido entre o protagonista e seus pais, com o lema de crianças no poder influencia diretamente na formação de sua identidade se refletindo também em sua vida adulta.

A separação de seus pais foi uma ruptura abrupta e intensa em sua família, o que conseqüentemente fez o aumento do consumo de drogas e comportamento autodestrutivo, se intensificar em sua rotina diária. Assim podendo-se afirmar momentaneamente que as relações familiares influenciam diretamente a entrada do jovem no mundo das drogas. Se essas relações não obtiverem um desenvolvimento familiar adequado, com apego, afeto e vínculo de confiança bem estabelecido entre os sujeitos que fazem parte da família, ela não

terá força para se sustentar e acabará sofrendo rupturas intensas, com perdas para ambos os lados. Diante da análise dos referenciais teóricos pesquisados e a análise de alguns trechos do livro conclui-se que alguns aspectos das relações familiares, como falta de limites, adultificação precoce, falta de referenciais paternos adequados, liberdade sendo trocada por permissividade, podem conduzir o jovem a drogadição.

Referências

BLEGER, José. Psicologia da conduta. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FIUZA, Guilherme. Meu nome ao é Jonnhy, Rio de janeiro, Rio de Janeiro, Ed. Record, 2004

FREITAS, L. Adolescência, família e drogas – A função paterna e a questão de limites, Rio de Janeiro, Mauad, 2002.

FREUD, S. Pour introduire au narcissisme. In Œuvres complètes - Psychanalyse, Vol. XII. Paris: PUF, 1914.

KALINA, E., Kovadloff, S., Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed. 1999.

MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, Alain. Adolescência e psicopatologia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NICOLL, Helen; PIENKOWSKI, Jan. Mog in the fog. New York: Puffin Books, 1984.

STANTON, M. D, & Todd T. C. Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas. Buenos Aires: Gedisa 1988.

YUNES, Maria Ângela Mattar A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. Tese Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2001.

Inscricao Numero: 291
Nome: Jario Batista de Meneses Junior
Tel.: (011)39722-2355
Email: jariojr@bol.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Decimo
Faculdade: Universidade São Francisco

POSTER 33

O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E SEU ALCANCE TERAPÊUTICO.

Rosélia Bezerra Paparelli [85]

Daniele Aparecida Giamass[86]

Regina Altina Da Silva [86]

RESUMO

O Psicodiagnóstico tradicional é um processo científico que busca investigar e compreender a totalidade da personalidade do indivíduo. Caracteriza-se por uma relação bi-pessoal com papeis previamente definidos, com duração de tempo limitada. Já o Psicodiagnóstico Interventivo contempla uma perspectiva de investigação pela identificação e reconhecimento, por parte do terapeuta, dos conflitos e tensões decorrentes das experiências de vida intrasubjetiva e intersubjetiva do paciente que, objetivados no processo de investigação e avaliação são simultaneamente revistos e re-atualizados neste campo intersubjetivo atual. A proposta deste trabalho é apresentar uma experiência de intervenção clínica realizada por alunos num estágio do 8º semestre da graduação do curso de Psicologia da Universidade Camilo Castelo Branco – UNICASTELO/São Paulo. Desenvolveu-se um processo de Psicodiagnóstico Interventivo, na abordagem psicanalítica junto a uma família, cujo atendimento ocorreu simultaneamente (adolescente e pais) cada qual com um terapeuta responsável em 10 sessões. Foram observados melhora nas comunicações, nas relações familiares; diminuição da tensão intrafamiliar; redução do alcoolismo paterno; melhora do clima afetivo, da harmonia familiar; da empatia entre pais e filha; redimensionamento dos papeis familiares; melhora do diálogo; diminuição de comportamentos imaturos, auto destrutivos e distúrbios de conduta; melhora na aceitação do cuidado, aceitação de regras, limites e frustração.

Palavras chave – Diagnóstico Psicológico, Psicodiagnóstico Interventivo, Intervenções Breve, Dinâmica Familiar, Benefício Terapêutico, Atuação Profissional,

[85] **Docente Supervisora - UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO/SÃO PAULO/SP**
[86] Graduandas Psicologia 8º semestre **UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO/SÃO PAULO/SP**

Introdução

O Psicodiagnóstico clássico ou tradicional é um processo científico que busca investigar e compreender a totalidade da personalidade do indivíduo. Caracteriza-se por uma relação bi-pessoal entre paciente e psicólogo, que exercem papeis específicos, previamente definidos, com uma duração de tempo limitada e cumprindo um objetivo bastante específico (OCAMPO, 1987).

A mesma autora destaca que, enquanto um processo científico, seu objetivo principal é, portanto, a formulação de perguntas básicas que permitam a consideração de hipóteses e forneçam uma explicação psicológica da problemática do cliente, obtendo assim, uma descrição e compreensão mais profunda da personalidade do indivíduo; busca ainda explicar a dinâmica do caso tal como ele aparece no material recolhido em seus aspectos patológicos e/ou adaptativos e fornecer recomendações terapêuticas adequada, ou seja os eventuais encaminhamentos. Para isso, são relevantes os aspectos passados e presentes que resultarão no *Diagnóstico*, enquanto os elementos do futuro servirão para o futuro que possibilitará o *Prognóstico* do caso.

Desenvolve-se em momentos que têm um objetivo a ser alcançado em cada sessão, configurados em entrevista inicial, anamnese, observação lúdica (no caso de crianças), utilização de técnicas projetivas / testes padronizados, entrevista devolutiva ao paciente, no caso de crianças o modelo adotado segue a ordem primeiro aos pais e depois a criança, informe escrito ao remetente.

Neste sentido, contempla a prática de métodos e técnicas de investigação determinada por esta visão tradicional, que nos permite uma visão compreensiva da psicodinâmica do paciente, bem como suas dificuldades, sendo estes instrumentos e as técnicas projetivas os veículos que permitiram esta investigação, da personalidade e da vida psíquica do paciente (TRINCA, 1984).

No entanto exige de seu executante uma postura de neutralidade e de certo distanciamento do cliente, a fim de delimitar seu campo de ação e especificidade de papéis muito definidos - do cliente se espera certa passividade, enquanto objeto de estudo, determinando seu não envolvimento no processo e, do psicólogo se espera uma postura investigativa, distanciada e neutra (OCAMPO, 1987; ARZENO,1995).

Concluindo, temos na visão clássica do Processo Psicodiagnóstico, um terapeuta que assume o papel de diagnosticador e observador, adotando sempre uma postura investigativa e de neutralidade, resguardando seus conhecimentos sobre o sujeito avaliado. (ANCONA LOPES, 1995).

De outro lado temos o Psicodiagnóstico Interventivo que se configura como uma prática clínica que contempla uma perspectiva de investigação pela identificação e reconhecimento, por parte do terapeuta, dos conflitos e tensões decorrentes das experiências de vida intrasubjetiva e intersubjetiva do paciente que, objetivados no processo de investigação e avaliação são simultaneamente revistos e re-atualizados neste campo intersubjetivo atual, possibilitando a utilização do material emergente em assinalamentos, pontuações, interpretações entre outras intervenções verbais possíveis ao terapeuta, Knobel (1986; Fiorini (1993); Braier (2000) refletindo-se numa postura mais ativa do terapeuta. O surgimento dos conteúdos desencadeados pelas técnicas projetivas permitem ao paciente o confronto com aspectos de seu desenvolvimento e atualização destes. (BARBIERI et. al, 2004).

Nesta perspectiva, é possível perceber que o processo diagnóstico torna-se terapêutico, pois está diretamente ligado à idéia de *intervenção*, que implica numa *atuação e posição mais ativa do terapeuta.* Neste sentido, sugere trabalhar também com um maior processo de mudanças – mudanças estas, que possibilitam/abrem maior espaço para a reflexão e a tomada de *Insight* do paciente além de permitir que o terapeuta possa partilhar suas impressões sobre/com o mesmo, através da utilização de *técnicas de intervenções verbais* como: interrogar, informar, confirmar, clarificar, assinalar, interpretar e sugerir. (FIORINI, 1993)

No Processo Psicodiagnóstico Interventivo, o terapeuta tem a possibilidade de vislumbrar mais ferramentas para o paciente refletir/elaborar o conflito vivenciado, trabalhando sempre com um *foco principal da problemática.* Este tipo de intervenção se aproxima muito do método de *Psicoterapia Breve Dinâmica* em que o terapeuta delimita o tempo de sessões para o tratamento, trabalhando áreas pontuais e sadias do ego - potenciais de ego Knobel (1986); Fiorini (1993); Braier (2000), proporcionando ao paciente o *Benefício Terapêutico (*estabilização dos conflitos egóicos). (ZIMERMAN, 1999)

As possibilidades do Psicodiagnóstico Interventivo

Para que o terapeuta possa traçar um método de trabalho no processo psicoterápico é necessário, primeiramente, realizar um “corte no tempo” para que através de uma minuciosa coleta de dados seja possível compreender profundamente a personalidade do sujeito que está sendo avaliado e, é com este objetivo, que o Processo Psicodiagnóstico é utilizado, processo este, que se realizado de uma forma completa e administrado corretamente, permite estimar o prognóstico do caso e a estratégia mais adequada para ajudar o paciente (ARZENO,1995).

Neste processo de profunda compreensão, é essencial que nunca se perca de vista que o sujeito avaliado é, antes de tudo, um ser biopsicosocial, ou seja, traz consigo influências biológicas, psicológicas e sociais, culturais e familiares e como nos adverte Cunha (1993), estes aspectos se entrelaçam e tecem uma rede, cujo tecido poderá alterar-se em função de um maior investimento.

Neste sentido, o processo Psicodiagnóstico deixa de ser por si mesmo um processo isento de produção terapêutica e, neste aspecto, identificamos o caráter interventivo apontado Ancona-Lopes (1995); Herzberg (1996; Barbieri et. al (2004) que pode assumir um Psicodiagnóstico.

Entre os aspectos relevantes e mobilizadores de mudanças e alterações significativas da rede que compõem um sujeito destacamos a importância do grupo familiar, já que, como propõe Arzeno “o sintoma da criança é o emergente de um sistema intrapsíquico que esta, por sua vez, inserido no sistema familiar também doente, com sua própria economia e dinâmica” (1995, p.167).

Neste enredamento, Ackerman (1986) nos aponta a permeabilidade que a “membrana familiar” faculta a seus membros, por um processo de intercâmbio seletivo, no qual condições internas afetam a relação com o mundo externo, da mesma forma que, condições externas ameaçadoras contraem e isolam seu dinamismo interno, chegando a provocar seu rompimento. Ao considerarmos que a família é uma instituição que influencia e é influenciada diretamente pelo sujeito avaliado, devemos entender qual é o papel deste paciente dentro desta dinâmica.

Neste trabalho, utilizamos a técnica de Entrevista Familiar Diagnóstica proposta por Arzeno (1995). Com ela obtivemos uma compreensão bastante satisfatória, já que esta

técnica realizada em uma ou mais entrevistas familiares, permite ao psicólogo colher dados importantes que possibilitem a compreensão de aspectos intrafamiliares, por vezes ocultos sem esta possibilidade de interação. Entre os aspectos que fundamentam sua inclusão no processo de avaliação, Arzeno (1995) destaca:- a necessidade de comparar as hipóteses decorrentes das entrevistas do casal e do paciente, feitas individualmente, com aquelas originadas das entrevistas familiares; a possibilidade de observar a qualidade da interação; o período evolutivo e seu caráter de dependência da criança em relação aos pais; o momento oportuno para avaliarmos contra indicações ao tratamento.

Ainda neste aspecto, a mesma autora fornece-nos importantes indicadores que poderão ser observados nesta forma de entrevista, ou seja, como ocorre a atribuição, discriminação, rigidez ou flexibilidade dos papeis; a forma como se dão as identificações entre os membros; a posição do depositário – observado pelas fantasias de doença e cura apresentadas; a avaliação de sintomas manifestos e latentes; a forma como se dá a imposição de limites; a forma como se dá a qualidade da relação afetiva; quanto os pais suportam o crescimento dos filhos; a força dos mitos familiares e sua manutenção rumo a homeostase familiar; entre outros.

Um dos aspectos dos quais faremos breves e importantes considerações e que por isso merecerão destaque num Processo Psicodiagnóstico, é a forma como pode ser vivenciada a função materna. O dito popular diz que “ser mãe é padecer no paraíso”, entretanto não é exatamente isto que observamos nos consultórios, nos lares, nas colunas policiais.

As funções familiares básicas apontadas por Ackerman (1986) – de garantir a sobrevivência física e construção da humanidade essencial do homem – são via de regra, em nossa sociedade, asseguradas pela figura materna. O fato de uma mulher nascer e ser “subvertida socialmente” ao desenvolvimento desta função não significa, necessariamente, que a mesma está psicologicamente preparada para ser mãe.

Assim, numa avaliação da dinâmica familiar, o terapeuta deve entender o “suprir de necessidades” atribuída à figura materna, não necessariamente se dará de maneira mecânica, mas deverá ser visto como algo muito mais amplo, em que estão circunscritas toda subjetividade materna, orientada, marcada e determinada por um intrincada rede de relações intersubjetivas, que perpassam sua biografia. Mais do que prover, a mãe deve

entender as necessidades, deve estabelecer uma simbiose adequada com o filho decodificando sua linguagem corporal, deve acolher as angústias do mesmo tendo sempre a capacidade de sobreviver aos ataques destrutivos decodificando, transformando, ressignificando e devolvendo ao filho tais conteúdos Zimerman (1996). Resumidamente, uma mãe suficientemente boa, é aquela que possibilita sempre o crescimento do "self" da criança.

Através das investigações realizadas, é possível verificar se o sujeito avaliado vivencia um esquema familiar "doente" – já que muitas vezes compartilha da patologia de um ou mais membros. Ainda neste sentido, é possível também verificar o grau de projeção da doença no sujeito avaliado e o grau de aderência da família ao tratamento ACKERMAN (1986); ARZENO (1995).

Metodologia

Trata-se da realização de um estudo de caso submetido à um Processo de Psicodiagnóstico Interventivo realizado em doze semanas com atendimentos simultâneos da paciente M. e seus responsáveis (pai e madrasta).

Quanto aos procedimentos utilizados, foram realizados: entrevista inicial, entrevistas familiar diagnóstica, entrevista de anamnese, entrevistas individuais, entrevistas com o casal, entrevistas para aplicação de testes e entrevistas devolutivas (para a paciente e seus responsáveis).

O contato inicial se deu com a madrasta da paciente, seguido posteriormente com uma entrevista familiar e, posteriormente, uma terapeuta seguiu com atendimentos individuais com a paciente, enquanto que outra terapeuta seguiu com os responsáveis da jovem – madrasta e pais (ainda que este comparecesse contrariado a princípio). Nestes encontros trabalhou-se com a demanda trazida por ambos sendo privilegiada a discussão destas questões e a reflexão dos temas, permitindo ao longo do processo uma flexibilização de algumas posições.

Com a jovem paciente seguiu-se com uma entrevista inicial. Na seqüência procedeu-se à avaliação dos aspectos *Afetivo-Emocionais* da jovem, quando foram utilizados os seguintes testes: HTP - Desenho da Casa, Árvore e Pessoa, cuja técnica projetiva objetiva a investigação de três aspectos distintos: *representação interna do lar* (relações familiares);

representação interna das necessidades básicas do sujeito (sentimentos mais profundos da personalidade) e *representação da compreensão cognitiva de si próprio* (auto-imagem) (BUCK, 2003). Utilizamos ainda o Desenho da Família de Coman (2003) que é uma técnica projetiva utilizada com objetivo de investigar a percepção que a jovem tem de sua família, bem como seus sentimentos e atitudes em relação aos diferentes membros e identificação da existência ou não de conflitos. Contamos ainda com momentos mais livres em que se optou pela associação livre 'operacionalizada' (Braier, 2000) e outros momentos em que a jovem optou pela realização da escrita (voluntária) de uma carta pela paciente e desenho livre, cujos conteúdos foram trabalhados ao longo das sessões.

Entre as técnicas utilizadas no trabalho terapêutico, propiciou-se um lugar de escuta, no qual foram usadas intervenções verbais decorrentes da técnica de Psicoterapia Breve proposta por Knobel (1986); Fiorini (1993); Braier (2000),

1. Sujeitos

Os envolvidos no processo foram:-

1. Pérola que doravante será o codinome da paciente, sexo feminino, 12 anos, estudante do 1º grau, natural do Nordeste Brasileiro, residente na cidade de São Paulo na residência de seu Pai.

2. Pai da paciente que será identificado por João, 38 anos, ajudante geral, 1º grau incompletol, morador da Capital paulista há 09 anos.

3. Madrasta da paciente que será identificada por Maria, 37 anos, do lar, 1º grau incompletol, vivendo maritalmente com João há 08 anos,

O responsável assinou de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2. Campo de Trabalho

O trabalho foi desenvolvido na Clínica Escola de uma universidade particular, numa disciplina da graduação, no 8º semestre, sob supervisão do professor responsável.

3. Periodicidade e freqüência

O trabalho foi desenvolvido em 10 sessões com a paciente e 12 com seus responsáveis, com duração de 50 minutos e freqüência semanal.

Sessão	Atendimento João e Maria	Duração em minutos	Atendimento Pérola	Duração em minutos
1ª	Entrevista Inicial (Queixa Livre) Enquadre e Contrato	50	Sem comparecimento	-
2ª	Entrevista Familiar Diagnóstica	50	Contato Inicial - Observação Lúdica (Enquadre e Contrato)	50
3ª	Anamnese Intervenções Terapêuticas	50	Aplicação de Testes Técnicas Projetivas	50
4ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Aplicação de Testes Técnicas Projetivas	50
5ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
6ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
7ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
8ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
9ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
10ª	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50	Entrevista Livre com Intervenções Terapêuticas	50
11ª	Devolutiva	50	Devolutiva e Finalização do Processo	50
12ª	Devolutiva, Encaminhamentos e Finalização do Processo	50	Sem comparecimento	-

O Caso

Queixa - Na época do atendimento a paciente Pérola com doze anos de idade vem encaminhada para o atendimento psicológico através do Conselho Tutelar pelo motivo de ter ficado o período de um ano sem estudar na cidade de São Paulo a qual reside desde o ano de 2005 devido à documentação escolar que veio errada de uma cidade do nordeste brasileiro a qual residia.

Um pouco da história - Os pais de Pérola são separados desde quando a mesma tinha três anos de idade. Até os seus três anos morou em uma cidade do nordeste brasileiro com a mãe, o pai e uma irmã apenas por parte de mãe. Quando o casal se separou, o pai de Pérola mudou-se para São Paulo deixando a filha com a mãe biológica.

Com a separação, pai e filha ficaram afastados/distanciados. Neste período, Pérola viveu em condições de abandono, maus-tratos e desamparo materno, sendo vítima de uma tentativa de homicídio pela própria mãe.

No ano de 2005, pelo fato de tomar conhecimento dos maus-tratos que eram sofridos pela filha, o pai decide enviar dinheiro com o objetivo de que a mesma viesse a morar com ele.

Assim, aos onze anos de idade, M. veio morar com o pai em São Paulo (passou a morar com a madrasta, uma filha da madrasta de dez anos de outro relacionamento anterior e uma irmã por parte de pai (filha do pai com a madrasta) com seis anos de idade).

Ressaltamos que quem compareceu na maioria dos atendimentos e responsabilizou-se pelo tratamento foi a madrasta de M que se mostrou o tempo todo prestativa fornecendo informações importantes para o processo de atendimento. O pai mostrou-se inicialmente ausente, insatisfeito e resistente ao atendimento psicológico, mas com o decorrer das sessões consegue estabelecer um vínculo satisfatório com o processo e a terapeuta, conseguindo ainda visualizar sua necessidade de atendimento.

Pelo fato de a mãe biológica morar em uma cidade distante do nordeste brasileiro e também pelo fato de o pai ter ficado afastado da filha praticamente em toda sua infância (dos 3 aos 10 anos), a anamnese foi realizada através das informações possíveis acerca da infância de M., sendo focadas então, informações de suas vivências atuais.

Resultados obtidos com a realização do processo psicodiagnóstico

A adesão do pai ao tratamento foi obtido com sucesso. No início apresentou-se resistente para comparecer aos atendimentos, mas com o decorrer das sessões reconhece a necessidade não apenas de procurar ajuda para a filha, mas também para si mesmo.

Com o desenvolver dos atendimentos, observa-se que o mesmo passa a se preocupar em dar satisfações para a terapeuta quando não era possível que comparecesse às sessões, demonstrando certo cuidado e envolvimento com o caso.

A adesão do pai ao tratamento e o bom estabelecimento do vínculo terapêutico fez com que o pai pudesse rever alguns preconceitos sobre seu relacionamento, não apenas com as filhas, mas também com a esposa, passando por um processo significativo de elaboração interna. Passa, então, a fazer um movimento de maior aproximação,

conseguindo assim demonstrar com mais facilidade e maior freqüência seu afeto por todos os membros da família.

A melhora nas relações familiares se dá como um todo (passa a dar mais atenção/estabelece maior diálogo com as filhas e esposa; apresenta-se mais calmo, deixando de chegar embriagado em casa após o dia de trabalho, passa a contar piadas, brincar, dançar e comprar presentes para todos, passam a sair mais/ter mais momentos de lazer juntos).

Estas mudanças ocorreram por meio de um processo de elaboração interna que possibilitou uma transformação na relação enigmática que até então existia entre pai e filha.

Observou-se ainda, uma melhora significativa na qualidade da relação do casal (quando chegou à Clínica, o casal passava por um momento crítico, pensando-se até na possibilidade de separação. Com o decorrer das sessões, o casal se sente acolhido, encontrando na terapia um espaço em que também poderiam refletir sobre questões que envolviam os conflitos conjugais). Em uma das sessões a madrasta chega a citar: *"-Entre a gente está tudo uma maravilha Se melhorar, estraga!" (risos) - SIC*

Um aspecto bastante importante é a melhora em relação à capacidade de empatia, comunicação e mudanças de comportamento da jovem para com seus responsáveis e vice-versa. O diálogo desde o inicio de sua vinda para São Paulo era algo que Pérola mais buscava, seu pai resolvia as situações de conflito de forma rude (agressão física e surras) e, nas últimas sessões foi possível perceber um grande avanço neste sentido. A comunicação de todos teve uma grande melhora, inclusive da própria Pérola, que já não necessitava mais de expressar-se com sua terapeuta através de cartas, pois no início das sessões, sentia a necessidade de esquivar-se/ não manter contatos com vivências que lhes causaram dor, impedindo a circulação de conteúdos afetivos e a não elaboração de tais situações.

Outro dado relevante e significativo foi a mudança em mecanismos utilizados de dominação social. Pérola utilizava-se de uma dominação compensatória para conseguir o que desejava, isto é, através de mecanismos de regressão (choro), o que demonstrava sua total imaturidade, comportamento substituído pelo diálogo. Com o decorrer das sessões também percebemos um avanço significativo em relação a maneira de vivenciar desprazeres, através da fantasia. Foi trabalhado muito sobre este aspecto, já que se tornou um fator extremamente preocupante, pois um sujeito que utiliza com freqüência este tipo de

recurso, dificilmente conseguiria elaborar suas frustrações. Os comportamentos inadequados da jovem sofrem um declínio, como um todo: deixa de comer açúcar exageradamente; deixa de pegar as coisas dos outros escondido; deixa de brigar com as irmãs; deixa de cabular aulas; passa a fazer demonstrações de afeto com maior freqüência aos seus responsáveis. Estas mudanças de comportamento da jovem indicam que a mesma passa a elaborar melhor seus conflitos internos, demonstrando sentir-se cuidada pelo simples fato de o pai e a madrasta fazerem um movimento de busca por ajuda. Ainda neste sentido, a jovem passa a organizar e limpar a casa para a madrasta freqüentemente – o que sugere que seu processo de propiciou um movimento de organização interna (os sinais de organização externa da jovem indicam na verdade, uma tentativa de organização interna).

Durante a realização do processo psicodiagnóstico foi possível observar que a jovem apresentava significativo sentimento de desvalorização e inferioridade, indicando a construção de um “EU” desprovido de cuidados (chegava a ficar por quatro ou cinco dias sem tomar banho e quando o fazia não utilizava sabonete; vestia a mesma roupa durante toda a semana mesmo percebendo que esta estava suja; não trocava de roupa para dormir; não escovava os dentes; não lavava o cabelo, etc). Nota-se que tais sentimentos de desvalorização da jovem pareciam diminuir quando o pai passa a aderir ao processo de psicoterapia, comparecendo com freqüência às sessões. Passa ainda a apresentar com mais freqüência cuidados de higiene até então desconsiderados, bem como passa a desenvolver capacidades de melhor convívio intra e inter pessoal, estando mais atenta às suas necessidades e às necessidades do outro.

Conclusão

O relato desta experiência em estágio curricular do curso - Psicodiagnóstico Interventivo – demonstra que esta modalidade interventiva de atendimento é de grande importância, respondendo de maneira efetiva às demandas atuais de atendimento em saúde mental, bem como às demandas da formação. Como modalidade de atuação diminui o abismo entre oferta de serviços e as demandas sociais contemporâneas.

Entre seus resultados destacam-se os benefícios à população, à formação do profissional em Psicologia e a universidade como agente promotor da saúde.

Em nossas reflexões observamos que esta modalidade na graduação redefine o papel dos estágios na formação pela atualização dos cenários da prática e pela inserção do

graduando à complexidade da vida real, redimensionando assim, o papel da universidade como gestora e ativadora de mudanças do profissional de saúde que se pretende formar, na perspectiva de agente de transformação social.

REFERÊNCIAS

ANCONA -LOPEZ, M. (org.) *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo, Cortez, 1995.

ACKERMAN, N. W. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

ARZENO, M. E. G. *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Barbieri, V.; Jacquemin, A.; Alves, Z.M.M.B. Alcances e limites do psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. Revista Paidéia.Ribeirao Preto,14(28):153-167. 2004

BRAIER, Eduardo Alberto, *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*.São Paulo – Martins Fontes, 1997.

BUCK, J. N. *HTP Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor, 2003. (Originalmente publicado em 1964. Título original: The house-tree-person technique).

CORMAN, L. *O Teste do Desenho de Família*. Casa do Psicólogo, 2003

CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico* – R, Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

OCAMPO, M. L. S. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*, São Paulo, Martins Fontes, 1987.

FIORINI, H. J. *Teoria e Técnica de Psicoterapias*, Francisco Alves Editora - Rio de Janeiro – 1993.

HERZBERG E. *Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em clínicas-psicológicas-escolas.* In: Coletâneas da ANPEPP. Repensando a formação do psicólogo – da informação a descoberta. Campinas. Alínea. 1996: 147-154.

KNOBEL, Maurício. *Temas Básicos de Psicologia: Psicoterapia Breve*. Vol 14 Ed. EPU

TRINCA, A.M.T. *O Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica na pré-cirurgia infantil: um estudo qualitativo*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ZIMERMAN, D.E. *Fundamentos Psicanalíticos:- Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre. Artmed; 1999.

Inscricao Numero: 294
Nome: Rosélia Bezerra Paparelli
Tel.: (11) 2748 1735
Email: roseliabp@gmail.com
Cidade: São Paulo
Estado: AC
Cursando:
Semestre: Primeiro
Faculdade:
Graduado na: PSICOLOGIA Universidade Camilo Castelo Branco
Graduou-se em: 1984
Onde Trabalha ou atua: UniUniversidade Camilo Castelo Branco

POSTER 34

COMO O PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA ENFRENTA O ATENDIMENTO A PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO

Luís Fernando Bezerra Paparelli

Rosélia Bezerra Paparelli[87],

RESUMO

Atualmente o suicídio é considerado um problema de saúde pública. Os altos índices não só de mortes, mas também tentativas de suicídio constituem uma preocupação da OMS. Seu impacto psicológico em grupos e instituições é de proporções incomensuráveis, seja pelo suicídio em si ou pelas co-morbidades das tentativas. O objetivo deste estudo é compreender como o profissional da Psicologia enfrenta o atendimento a pessoas que tentaram o suicídio. Utilizou-se a metodologia quantitativa qualitativa com aplicação de um questionário fechado em 30 psicólogos do município de São Paulo. Os resultados mostram que os profissionais, sujeitos desta pesquisa, admitem estar preparados para esta atuação. No entanto, não referem uma capacitação profissional específica, apesar de considerarem esta temática complexa. Esta forma de atuação deixa o psicólogo numa posição solitária e pouco aberta às discussões, já que sua não capacitação não parece ser vista como um déficit a ser preenchido num preparo teórico prático, mas como algo que não se partilha e que, na eventualidade da ocorrência deste atendimento, os recursos de sua própria abordagem teórica é que irão suprir as necessidades do atendimento.

Palavras chave – Suicídio, Atuação, Profissional, Psicologia.

Introdução

[87] (Curso de Psicologia, UNIVERSIDADE CAMILO CASTELO BRANCO/SÃO PAULO/SP)

Suicídio é etimologicamente, “a morte de si mesmo”. Tal definição traz uma série de problemas derivados de sua amplitude, onde podemos incluir o auto-extermínio, a morte decorrente de exposição a condutas de risco, a falta de cuidado frente a doenças ou outros eventos perigosos, como intoxicações acidentais e “overdoses”, acidentes e outros fatos similares (CASSORLA, 2004).

O autor define o ato suicida como o evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do sujeito, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Fazem parte desta complexidade, fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, históricos e culturais, únicos de cada indivíduo em relação ao seu meio.

Ao mesmo tempo em que o suicídio é uma solução definitiva, em um momento de desesperança e medo, também é um pedido de auxílio para encontrar uma forma de sanar um sofrimento interno. Para Cassorla (2004), o suicídio é a ambivalência do querer morrer e viver ao mesmo tempo. Seu resultado (morte ou sobrevivência) será determinado pela força destes desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévia.

Grande parte da sociedade, bem como de profissionais especializados, tratam o assunto como um tabu, ou seja, se observa certa evitação em realizarem-se maiores aprofundamentos teóricos ou discussões.

Seu impacto psicológico em grupos e instituições é de proporções imensuráveis. Em média, um único suicídio, afeta pelo menos outras seis pessoas. Um suicídio que ocorre em uma escola ou em qualquer outro local acarreta seu impacto em centenas de pessoas.

Hoje o suicídio é considerado um problema de saúde pública, visto que, altos índices não só de mortes, mas também tentativas, constituem uma preocupação da Organização Mundial de Saúde - OMS.

Dados recolhidos pela própria OMS mostram bem o impacto do assunto. Segundo estimativas no ano 2000, o suicídio foi uma das 10 maiores causas de morte em todos os países e uma das três maiores causas de morte na população entre 15 e 35 anos de idade. Estima-se que um milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio e que, ocorrem de 10 a 20 tentativas para cada morte.

Além disso, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte entre os jovens na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Em vários países ele fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nesta mesma faixa etária.

O suicídio também pode ser estimado em DALYs (disability-adjusted-life-years, ou anos de vida ajustados às limitações). Este é um indicador que aponta dados no qual o suicídio é responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda, isto em 1998. Para compreendermos o impacto deste dado é importante salientar que este custo é equivalente ao das guerras e homicídios.

De acordo com estatísticas brasileiras como o Plano de Prevenção ao Comportamento Suicida, elaborado pela Área Temática de Saúde Mental, Álcool e Drogas – COGest – SMS, considera-se que no município de São Paulo, estatísticas oficiais subestimem o número de suicídios ocorridos, mesmo assim o suicídio foi a quarta causa de morte na população entre 10 a 24 anos em 2001. No período de 1996 a 2002 foram registrados 400 a 500 suicídios a cada ano, 80% da população até 54 anos de idade. Estima-se ainda que todo ano, 10 mil pessoas tentem suicídio no município de São Paulo. Podemos apontar fatores determinantes do ato como ambientais, emocionais, familiares, sociais e políticos, como a falta de acesso aos serviços necessários (psicológico, psiquiátrico, médico) no momento da crise.

Em decorrência destas constatações, no início de 2003, a Prefeitura do Município de São Paulo – SMS – COGest – Área Temática de Saúde Mental, lançou o Plano de Prevenção ao Comportamento Suicida. Este plano contou com a participação da Clínica Escola (Centro de Formação de Psicólogos) da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) no desenvolvimento de ações de atendimento a comunidade em caráter preventivo realizados pela disciplina de Técnicas de Exames e Aconselhamento Psicológico I e II (TEAP I e II) em Plantão Psicológico. Cabe a lembrança de que o referido projeto contou com a participação de mais três universidades e um centro de pós-graduação, conforme referências encontradas em Romaro et all (2005).

Com relação ao indivíduo tentador de suicídio ou suicida, encontramos na bibliografia que os suicidas e tentadores geralmente sofrem certos tipos de problemas até chegar à decisão limite de tirar a própria vida, estes problemas estão ligados a Transtornos Mentais,

como os Transtornos de Humor que incluem o Transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos persistentes. Neste contexto a depressão entra como um item a mais para a causa do suicídio. Além disso, o Alcoolismo, a Esquizofrenia, os Transtornos de personalidade e os Transtornos de ansiedade são apontados como causas mais freqüentes. Entretanto, não só estão associados a Transtornos Mentais, mas também a doenças físicas de tipo neurológicas como a epilepsia, por exemplo, a neoplasia, o HIV/AIDS e outras condições como dificuldades de locomoção ou condições médicas crônicas, que poderiam levar o sujeito a tal ato. Fatores sociodemográficos como o sexo, a idade, o estado marital, a ocupação, o desemprego (que provavelmente são mediados por fatores como a pobreza e diminuição do nível social), e a residência urbano-rural (a migração entra neste contexto com a pobreza, habitações precárias e outros fatores como eventos de vida estressantes) aumentam o papel de risco do suicídio. Vale salientar que esta última causa ocorre no relativo contexto de uma determinada sociedade e cultura.

Destacamos ainda que, do ponto de vista do indivíduo, o suicídio é raramente percebido como um fim. Ele é, ao contrário, considerado como a única alternativa possível para escapar de uma situação considerada insuportável.

O profissional da psicologia e o suicídio

Segundo Sampaio e Boemer (2000), podemos considerar o suicídio como um ato clandestino e sem testemunhos. Acontecendo pela transgressão de regras expressas por nossa sociedade capitalista na qual a morte é banida, não enfrentada e evitada. Surge o medo vindo do preconceito, e deste fecham-se as portas e escudos tentam esconder o medo do desconhecido. Para os autores supracitados, o suicida é compreendido como um transgressor que ameaça o sentimento de onipotência humana que não aceita a possibilidade da morte.

A partir desta simples reflexão, colocamos a seguinte questão: o preconceito não só da sociedade, mas de profissionais especializados como é o caso dos psicólogos, que atuam ou deveriam atuar na linha de frente deste problema, está relacionado somente à falta de estrutura fornecida pela saúde pública? Ou pela falta de preparo técnico e teórico na formação do profissional? Ou estes dois exemplos colaboram apenas como uma máscara

para ignorar um problema que a cada dia fica mais sério e necessita de mais atenção e cuidado?

A questão da morte vem se tornando um tema de importância para os profissionais da psicologia, que estão sendo chamados para trabalhar em hospitais, clínicas, com pacientes portadores de doenças graves e também com suicidas. Em contrapartida, pouco tem se escrito sobre este profissional diante do tema. O que não deixa de ser um paradoxo, porque se a morte é uma preocupação universal do homem, e a psicologia estuda a relação do homem com o mundo, a morte deveria então, ser a área de primordial preocupação da psicologia, como campo de estudo e como prática profissional (KOVÁCS, 1992).

Conforme Aguiar et al (2004), encontramos na formação universitária do profissional da psicologia a fragmentação do conhecimento e a "compartimentalização" do saber. Os cursos de graduação não instrumentalizam adequadamente os estudantes para uma atuação especializada. A grade curricular está composta por disciplinas que abrangem as mais variadas áreas e sistemas psicológicos, ou seja, o profissional aprende um pouco de tudo, mas em profundidade não aprende nada, e sobre algumas temáticas pouco se fala. Segundo Kovács (1992), esta mesma grade curricular não sofre alterações há mais vinte anos, apesar de terem ocorrido grandes modificações em nossa sociedade. Isto impossibilita a construção da psicologia a partir da ação dos profissionais em contato com a realidade. Cabe salientar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (2004) com sua nova proposta de formação para os cursos de saúde, que buscam uma aproximação desta formação com a realidade sócio-histórica dos contextos de atuação.

Martínez (2003) aponta que a formação está orientada por concepções e abordagens da Psicologia que não privilegiam o papel dos contextos sociais de atuação e interação na constituição do sujeito. Isto dificulta perceber a vida na universidade como um importante contexto social de constituição, que junto a outros participa da complexa rede de constituintes da subjetividade do profissional.

A referida autora ainda indica que esta fragmentação do conhecimento não favorece a construção de visões mais integrais e complexas da constituição e do funcionamento humano. O que dificulta a integração de conhecimentos produzidos em diferentes campos para a compreensão e ação sobre uma realidade concreta e complexa, como pode ser a formação do profissional da psicologia.

Ao lidar na prática com as dificuldades que advém da formação acadêmica inadequada, o profissional busca suprir ineficazmente na pós-graduação os déficits da graduação. Assim sendo, os cursos de pós-graduação se ajustam e se adaptam às possibilidades acadêmicas de seus freqüentadores, desviando-se então, de seus reais objetivos (SEBASTIANI, 2001).

Para Aguiar et al (2004) a formação do profissional da psicologia deve contemplar os modelos interdisciplinares, tornando o profissional receptivo à troca de saberes com outros profissionais. Contudo para Sebastiani (2001, p.15):

> No Brasil ainda sofremos com alguns problemas próprios da categoria, onde falta uma maior estruturação da identidade de classe e "espírito de corpo", onde vivemos vários focos de conflitos absolutamente autográficos entre colegas e grupos, que infelizmente têm realizado um grande desserviço a nossa profissão.

O isolamento e a atuação solitária, pouco aberta às discussões, do profissional da psicologia, podem representar uma dialética cultural da arrogância em que este profissional se perde, visto que sua capacitação insuficiente não é percebida como um déficit a ser superado com preparo teórico e prático. No lugar de tal conscientização, fica o sentimento onipotente de que os recursos de sua própria abordagem teórica suprirão todas as necessidades do atendimento, desconsiderando toda a complexidade das intervenções.

É contra esta formação e atuação profissional inadequada que a especialização dá a possibilidade de que os profissionais lidem da melhor maneira possível com seus preconceitos e dificuldades. A conseqüência disto são as perspectivas de um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida (SILVA e BOEMER, 2004). Fundamentando-nos neste contexto, se faz necessário citar Kovács, quando afirma:

> Parece-nos que neste momento de reflexão e eventual ampliação do currículo, a inserção do tema da morte, em suas várias abordagens e instâncias, poderia ser pensada, incluindo módulos interdisciplinares e uma diversidade de abordagens para perceber e compreender fenômenos psicológicos, principalmente diante de um tema tão complexo e abrangente como é a questão da morte. Um programa de psicologia que tenha um leque de opções sobre os mais variados assuntos permite que os alunos busquem as disciplinas de acordo com os seus interesses. É neste sentido que se pensou na inclusão do tema da morte como opção para o aluno. É indiscutível, como já foi

> visto, a importância do estudo desta questão pela psicologia, mas o envolvimento e a busca de um maior aprofundamento é uma opção, assim como foi a escolha da psicologia como saber e profissão. Como conjeturamos, a escolha da psicologia na busca de autoconhecimento pode envolver, mesmo que de forma subliminar, uma busca de compreensão e reflexões sobre a questão da finitude, portanto, da morte. (1992, p. 243-244).

Para finalizar afirmamos novamente que as dificuldades dos profissionais acerca deste tema precisam ser repensadas e trabalhadas em várias instâncias educativas, de forma que a dignidade das pessoas que atentam contra a própria vida possa ser respeitada e preservada. Quem sabe assim, uma nova sociedade possa vir a ser fruto desta reinvenção de conceitos.

Objetivos

Geral

Compreender como o profissional da Psicologia enfrenta o atendimento a pessoas que tentaram o suicídio.

Específicos

1. Identificar o percentual de Psicólogos que atendem ou já atenderam pacientes pessoas que tentaram o suicídio;
2. Verificar como ocorre o conhecimento desta prática na atuação profissional;
3. Identificar quais sentimentos emergem do atendimento a pessoas que tentaram o suicídio;
4. Identificar quais aspectos do paciente atendido, de ordem pessoal e de ordem socioeconômica que interferem nestes atendimentos;
5. Verificar se esta prática profissional está subsidiada nas referências bibliográficas disponíveis.

Aspectos Metodológicos

Delineamento

Metodologia Quantitativa e Qualitativa.

Tipo de Estudo

Estudo de Campo Exploratório.

Campo de Estudo

Psicólogos formados há pelo menos dois anos e que atendam em consultórios, ambulatórios e hospitais do município de São Paulo.

Participantes e Amostra

A amostra foi constituída de um grupo de 30 (trinta) psicólogos formados há pelo menos dois anos e que atendam em consultórios, ambulatórios e hospitais do município de São Paulo.

Procedimentos

Feita a realização do contato inicial para esclarecimento da pesquisa desenvolvida e apresentação do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), a aplicação do Questionário foi realizada pelo pesquisador responsável em horário combinado com o sujeito de pesquisa, posterior a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), ou seja, o pesquisado não pode responder o questionário posteriormente.

Instrumentos

– TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido);

– Questionário.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita de forma quantitativa decorrente da freqüência da ocorrência dos dados e posteriormente qualitativa com uma análise baseada no levantamento bibliográfico.

Resultados e Discussão

Os resultados indicam que 67% dos profissionais, sujeitos desta pesquisa, já atenderam pessoas que tentaram o suicídio em sua prática profissional. Destes, apenas 10% admitem não estar preparados para esta atuação, enquanto 3% mostram-se em dúvida

quanto sua preparação para este tipo de atendimento, contra uma maioria absoluta de 87% que assumem o preparo adequado nesta temática e sua atuação.

No entanto, estes profissionais não referem uma capacitação profissional específica e fundamentada para este tipo de atendimento. Tal aspecto mostra-se como um paradoxo, pois apesar de ser esta temática, considerada por todos, uma temática bastante complexa, não obtivemos respostas nas quais os entrevistados tivessem buscado um aprimoramento adequado, o que se confirma nas afirmações de Aguiar et al (2004), Martínez (2003) e Sebastiani (2001).

A formação do profissional, composta pela fragmentação do conhecimento e a "compartimentalização" do saber, bem descrita por Aguiar et al (2004) e Martínez (2003), podem representar uma dialética cultural da arrogância em que este profissional se perde. Frente à demanda da prática contra uma formação inadequada e não especializada, o profissional se vê obrigado a buscar os subsídios necessários para esta atuação, de maneira solitária e pouco aberta às discussões. Então, este cai no contexto da subjetividade, ou seja, seu preparo solitário é um preparo relativo, que pode ser interpretado como uma resolução subjetiva ao encarar o problema. Vale salientar que sua capacitação insuficiente não é percebida como um déficit a ser superado com preparo teórico e prático. No lugar de tal conscientização, fica o sentimento onipotente de que os recursos de sua própria abordagem teórica suprirão todas as necessidades do atendimento.

Outro dado relevante desta pesquisa consiste no fato de os profissionais pesquisados apresentarem preocupação e outros sentimentos negativos decorrentes do atendimento aos pessoas que tentaram o suicídio. Algo que é natural da prática, mas que também indica uma real situação de dificuldade e que poderia ser amenizada, caso o tema fosse mais abordado e discutido de maneira interdisciplinar, na troca de saberes com outros profissionais, segundo pensamento de Aguiar et al (2004).

Acreditamos ainda que seja necessário humanizar a formação deste profissional, problematizando interdisciplinarmente certos temas e desta forma, instrumentalizando e preparando o profissional para lidar com as vicissitudes, os sofrimentos e toda a complexidade humana. Nesta concepção, apenas formação técnica, muito comum nos dias de hoje, não é o suficiente.

É fundamentando-nos em Kovács (1992) e Silva e Boemer (2004), que achamos necessário na formação deste profissional o devido contato com o tema, para que assim, o seu enfrentamento com a realidade não seja prejudicado por todas as barreiras que geram a falta de conhecimento. A especialização adequada aliada a humanização das práticas, permitem ao profissional lidar melhor com os preconceitos e dificuldades, abrindo assim, perspectivas para um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida.

Salientamos a necessidade da formação da psicologia como uma ciência do compromisso social, que deve ter como foco a prática de servir ao outro, amenizando sua dor e fragilidade, conforme Martínez (2003).

Esta condição não presente mostra a distância da atuação prática para as atuais indicações e considerações que estão presentes nas referências sobre o tema, e que circunscrevem a temática suicídio, prevenção do suicídio, abordagens terapêuticas como um trabalho de abordagem complexa, multicausal e interdisciplinar.

Concluímos este trabalho indagando-nos sobre o posicionamento ético-político do profissional da psicologia que, atuando clinicamente com o indivíduo, faz repercutir no âmbito social, a restrição e o alcance social de sua profissão, contribuindo, muitas vezes, para uma prática profissional alienada, que nega a grandeza do problema, ignorando seu impacto e contribuindo com o silêncio velado e os disfarces que a sociedade utiliza para escamotear questões desta natureza, sem apropriar-se adequadamente delas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; MEDINA, E.; BESNOSIK, V.; BARRETO, T. *A Formação em Psicologia da Saúde*, CienteFico. Ano IV, v. I, Salvador, janeiro-junho 2004.

CASSORLA, R.M.S. *Suicídio e autodestruição humana*. In: Comportamento Suicida / organizado por Blaca Guevara Werlang e Neury José Botega. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOVÁCS, M.J. *Profissionais de Saúde diante da Morte*. In: Morte e desenvolvimento humano / Maria Júlia Kovács coordenadora. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

MARTÍNEZ, A.M. *Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo*. In: PSICOLOGIA E O COMPROMISSO SOCIAL / Ana Mercês Bahia Bock (org.). São Paulo: Cortez, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais*. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores*. Genebra: OMS, 2000.

SILVA, V.P.; BOEMER, M.R. *O SUICÍDIO EM SEU MOSTRAR-SE A PROFISSIONAIS DA SAÚDE. THE SUICIDE IN ITS REVEAL IT PROFESSIONAL OF HEALTH. EL SUICIDIO REVELÁNDOSE A LOS PROFIESIONALES DE LA SALUD*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004.

ROMARO, R.A.; HERZEBERG, E.; KNOBLOCH, F.; FAVALLI, A.; GABRIADES, R.; PAPARELLI, R.B.; GARCIA FERREIRA, S.A. *Reflexões e Decorrências da Participação das Clínicas-Escola no Projeto de Prevenção ao Suicídio da Prefeitura Municipal de São Paulo.* In: FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA DESAFIOS DA DIVERSIDADE NA PESQUISA E NA PRÁTICA. São Paulo: Vetor, 2005.

PARECER CNE 62/04 DIRETRIZES CURRICULARES MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.* Disponível on line http://www.crpsp.org.br/a_orien/legislacao/normatizacao/outros-de-int-categoria/fr_cne_parecer62-04.htm. Acessado em 17/10/2008 - 20:35 horas.

SAMPAIO, M.A.; BOEMER, M.R. *Suicídio - um ensaio em busca de um des-velamento do tema. Suicide - one essay in a search of a revealment of the theme.* Disponível on line http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/544.pdf. Acessado em 18/10/2007 - 11:30 horas.

SEBASTIANI, R.W. *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história.* Disponível on line http://www.nemeton.com.br. Acessado em 15/10/2008 - 10:45 horas.

Inscricao Numero: 447
Nome: Luís Fernando Bezerra Paparelli
Tel.: 27481735 (011)
Email: paparelli87@gmail.com
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Sexto
Faculdade: Universidade Camilo Castelo Branco

POSTER 35

PLANTÃO PSICOLÓGICO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O APERFEIÇOAMENTO PESSOAL

Viviane da Silva Ferrari[88]
Maria Rita Lerri[89]
Mara Aparecida Tavares Galvão[90]
Edilaine Helena Scabello[91]

Resumo

Este trabalho objetiva descrever o Serviço de Plantão Psicológico realizado no Centro de Psicologia e Pedagogia (CIPP) do Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior “Dr. Aristides de Carvalho Schlobach” (ITES), em Taquaritinga, SP. Pretende oferecer contribuições à área da Psicologia Clínica, possibilitando reflexões acerca do diálogo entre dois aportes teóricos: a Abordagem Centrada no Cliente e a Fenomenologia e enfatizando a importância da práxis em plantão psicológico para a formação profissional do psicólogo clínico. O Serviço de Plantão Psicológico do ITES caracteriza-se pela urgência do cliente para ser acolhido, independente de sua problemática. É por meio do encontro entre cliente e plantonista, mediado pela consciência e inundado por um campo fenomenal no qual são empregadas atitudes de congruência, aceitação incondicional e empatia que o plantão psicológico se constitui como um recurso terapêutico capaz de facilitar o processo de escolha e crescimento humano do cliente e do próprio plantonista, possibilitando-lhe a experiência singular de lidar com demandas imprevistas e urgentes. Intermediado pelas supervisões dos casos, o plantão possibilita aos alunos desenvolver novas formas de ouvir, agir e perceber o mundo, lidando com sua própria ansiedade e liberdade, num exercício constante de aperfeiçoamento profissional e enquanto ser humano.

[88] Aluna do curso de Psicologia do ITES, Taquaritinga, SP. E-mail: viviane_ferrari@hotmail.com
[89] Aluna do curso de Psicologia do ITES, Taquaritinga, SP. E-mail: mrlerri@yahoo.com.br
[90] Pedagoga pela Faculdade São Luís, Jaboticabal, SP. Aluna do curso de Psicologia do ITES, Taquaritinga, SP. E-mail: maratavares57@yahoo.com.br
[91] Mestre em Psicologia pela FFCLRP – USP, Ribeirão Preto, SP. Docente do Departamento de Psicologia do CECH da UFSCar, São Carlos, SP. Docente responsável pela disciplina Aconselhamento Psicológico e pelo Estágio em Serviço de Plantão Psicológico do Departamento de Psicologia do ITES, Taquaritinga, SP. E-mail: ehscabello@ufscar.br

Palavras-chave: Plantão Psicológico; Abordagem Centrada no Cliente; Fenomenologia; Relação terapêutica; Aperfeiçoamento pessoal.

O Serviço de Plantão Psicológico

Até meados do século XX, as práticas de atendimento psicológico enfatizaram o processo de psicodiagnóstico, seguido de orientação psicológica, indicações e sugestões. Foi na década de 1940, nos EUA que, Carl Rogers, ao iniciar uma prática de realizar diagnósticos, seguida de entrevistas de aconselhamento, abriu espaços para a atuação psicológica. Incentivou o uso de métodos qualitativos em pesquisa psicológica e instituiu no trabalho terapêutico uma mudança de foco: do problema para a pessoa do cliente; do resultado para o processo terapêutico e; do instrumental de avaliação para a relação cliente-conselheiro (SCHMIDT, 1987).

Desse modo, desenvolveu uma proposta de intervenção psicológica denominada Aconselhamento Psicológico Centrado no Cliente fundamentada no aperfeiçoamento das atitudes do conselheiro, bem como no pressuposto de que o cliente é capaz de viver e elaborar suas experiências de forma integradora, quando o terapeuta torna-se um facilitador do processo de crescimento humano (SCHMIDT, 1987).

Atualmente, a práxis do Aconselhamento Psicológico expandiu-se, de modo que existem diversas concepções acerca desse tipo de intervenção, quanto diferentes perspectivas teóricas capazes de definirem a função e os procedimentos a serem realizados. Na clínica contemporânea, a prática do Plantão Psicológico enquanto um modo de fazer o Aconselhamento Psicológico tem emergido dentre as diversas modalidades de intervenção psicológica, nas clínicas-escola.

Ao considerarmos a importância da prática do Aconselhamento Psicológica e, mais especificamente, do plantão psicológico para a formação do aluno na área da Psicologia Clínica, objetivamos descrever o Serviço de Plantão Psicológico realizado no Centro de Psicologia e Pedagogia (CIPP) do Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior “Dr. Aristides de Carvalho Schlobach” (ITES), em Taquaritinga, SP e contribuir com algumas reflexões acerca dessa área de formação profissional.

Esse serviço foi inaugurado em março de 2008, com o objetivo de oferecer ajuda emergencial e situacional aos usuários da clínica-escola do ITES, reduzindo o tempo em

que esses permaneciam na fila de espera para receberem os atendimentos psicológicos clínicos convencionais: triagem, psicodiagnóstico e psicoterapia, oferecidos individualmente à crianças, adolescentes e adultos. O Estágio em Serviço de Plantão Psicológico se constituiu como um apêndice da disciplina Aconselhamento Psicológico, sendo ofertado aos alunos dos 9º e 10º termos do Curso de Psicologia do ITES.

Segundo Belas (1999), o plantão psicológico consiste em uma ajuda psicológica como um tipo de atuação breve que tem como objetivo acolher o cliente que procura ajuda, ouvi-lo e tentar compreender seu estado emocional no mesmo momento que ele é experimentado e vivido. Para Mahfoud (1987), o plantão psicológico acolhe a pessoa no momento exato de sua necessidade, ajudando-a a lidar com seus próprios recursos psicológicos e se caracteriza, na maioria das vezes, pela urgência ou motivação do cliente para ser ouvido, independente de sua problemática.

Nesse sentido, o Serviço de Plantão Psicológico do CIPP tornou-se uma possibilidade de ajudar o cliente a reconhecer e a organizar seus problemas e reorganizar-se internamente, isto é, pensar de forma mais produtiva sobre as situações que o inquieta, a fim de que possa chegar a soluções para as questões que o aflige, em um determinado momento existencial e, ainda, encaminhá-lo para outros serviços de saúde, internos e/ou externos ao CIPP, quando necessário.

O serviço é oferecido gratuitamente a qualquer pessoa, jovem ou adulto, de ambos os sexos que, procura o serviço por demanda espontânea ou por ter sido encaminhada por algum órgão de saúde do município. Cada cliente tem o direito a três atendimentos consecutivos, que ocorrem semanalmente, no mesmo dia e horário. E cada plantonista permanece no serviço por duas horas semanais, em horários pré-determinados e fixos, sendo que, cada grupo de alunos, que é formado por, em média, oito alunos, permanece no serviço por um período de dois meses.

Ao chegar ao serviço, o plantonista estabelece o contrato de trabalho com o cliente e o informa acerca do enquadre terapêutico. Todo o processo é supervisado pela professora responsável pela disciplina e pelo estágio.

Tendo em vista a característica do serviço optamos por utilizar a Abordagem Centrada no Cliente de Carl Rogers (1960) e a perspectiva fenomenológica de Yolanda

Cintrão Forghieri (2001), fundamentadas nos trabalhos de Forghieri (2007); Jordão, 1987; Mahfoud (1987); Schmidt (1987), Morato (1987), entre outros.

A Psicologia Humanista focalizou os aspectos conscientes do ser humano, pautando-se numa visão mais global e otimista da natureza e da potencialidade humana. Compreende o homem como um ser autodeterminado e capaz de ser responsável pelas suas escolhas, sob a influência do presente, embora seja capaz de transcendê-lo (JORDÃO, 1987). Como um expoente do movimento humanista, Rogers defendeu que três condições básicas e simultâneas deveriam existir no relacionamento entre conselheiro e cliente para que ocorresse a descoberta de um núcleo essencialmente positivo existente em cada ser humano. São elas: a consideração positiva incondicional, a empatia e a congruência.

Ter consideração positiva incondicional refere-se ao fato do plantonista aceitar a pessoa como ela é e expressar um afeto positivo por ela, simplesmente porque ela existe, não emitindo julgamentos de valor ao seu respeito, o que o torna um facilitador do processo de crescimento humano, capaz de possibilitar que o outro exerça a sua liberdade experiencial. A empatia consiste na capacidade do plantonista de se colocar no lugar do cliente, ver o mundo pelos olhos deles e sentir como ele sente, comunicando-lhe, sempre que necessário, tal situação, de modo que é a congruência a condição que permitirá ao profissional a habilidade de expressar de modo objetivo seus sentimentos e percepções e permitir ao cliente as experiências de reflexão e conclusão sobre si mesmo.

De acordo com essa abordagem, todo organismo tem a capacidade de desenvolver todas as suas potencialidades, favorecendo sua conservação e seu enriquecimento, ou seja, sua tendência atualizante, assumindo a liberdade de reconhecer suas experiências e sentimentos como queira, sem se preocupar com o que o outro pensa dele e exercendo sua liberdade experiencial. Assim, o plantonista torna-se um facilitador para que o cliente se desenvolva e trilhe seu próprio caminho, visando desenvolver suas potencialidades, voltado para o próprio crescimento.

Segundo Forghieri (2001), a personalidade constitui-se pelo conjunto de características básicas do ser humano, estruturadas a partir de como ele se apreende, existindo no mundo e envolvendo: o mundo circundante, o mundo humano e o mundo próprio. O aspecto circundante consiste no relacionamento da pessoa com o ambiente; o aspecto humano consiste no encontro e a convivência da pessoa com os seus semelhantes

e; o aspecto próprio consiste na relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo, no seu *ser-si-mesmo*, na consciência de si e no seu autoconhecimento. Nesta descrição da personalidade, a essência do homem está em ser relativamente à algo ou alguém. O mundo não é apenas um conjunto de objetos ou pessoas, existindo por si mesmos, pois cada um de seus elementos torna-se um determinado objeto ou pessoa em virtude de ter um significado para quem o percebe. Ser e mundo, sujeito e objeto não são dois absolutos independentes, mas necessariamente ligados, em uma relação recíproca de cognoscibilidade.

Desse modo, as coisas não podem ser sem o homem e o homem não pode ser sem as coisas que encontra. *"Ser-no-mundo"* é uma estrutura originária e sempre total, não podendo ser decomposta em elementos isolados. Tornamo-nos quem somos a partir de nossas vivências no mundo, e estas, por suas vezes, são influenciadas pelo indivíduo que vamos nos tornando, sendo a partir do ato de consciência, denominado de intencionalidade que, segundo a abordagem fenomenológica, a ênfase ao fenômeno se dá na integração entre a consciência e o objeto, unidos no ato de significação.

Segundo Forghieri (2007), ao procurar um aconselhador, o cliente geralmente encontra-se aflito e/ou deprimido, angustiado, com grandes dificuldades, ou sem conseguir aceitar e enfrentar as contrariedades, frustrações e conflitos de sua existência. Sente-se sozinho, com pouca ou nenhuma liberdade para entrar em sintonia em seu *ser-no-mundo* e abrir-se às suas múltiplas possibilidades.

Desse modo, é por meio do encontro entre cliente e plantonista, mediados pela consciência e inundados por um campo fenomenal no qual são empregadas atitudes de congruência, aceitação incondicional e empatia que, o plantão psicológico se encontra distante de ser apenas um processo de triagem não convencional. Ele se constitui como uma atitude terapêutica, capaz de facilitar o processo de escolha e crescimento humano do cliente e do próprio plantonista, num encontro intersubjetivo.

No momento do atendimento, o terapeuta todo o seu mundo interno presente e atuante, sendo importante que ele perceba, de modo consciente, "aquilo que é seu" e "aquilo que é do outro", fazendo com que o cliente se desenvolva e cresça, ao mesmo tempo em que o próprio plantonista se aperfeiçoa (FORGHIERI, 2007). Para que isso ocorra, não se deve focalizar o problema do cliente, mas a sua pessoa, de modo que ambos possam, no decorrer das sessões, mudarem de direção.

Ademais, outras técnicas clínicas também são utilizadas na práxis do plantão psicológico, tais como: investigação, questionamento, confrontação, apontamentos ou assinalamentos, clarificação, e ainda, indicações, quando necessárias, visando não somente que o cliente se reposicione diante da vida, mas buscando clarificar o pedido de ajuda e buscando atender às suas reais necessidades.

É durante o terceiro atendimento que o plantonista encaminha ou não seu cliente para outros tipos de intervenções psicológicas (dentro do próprio CIPP) ou para outros atendimentos clínicos em saúde. A urgência do atendimento (alta, média e baixa) é avaliada pelo plantonista juntamente com o a supervisora, mas o devido encaminhamento do caso é discutido com o cliente e definido também, de acordo com seu interesse.

Implicações clínicas

Segundo Forghieri (2001), todos nos refletimos sobre nossas próprias vivências e ao analisarmo-las concluímos sobre a nossa existência. A autora cita três reflexões sobre as nossas vivências que são articuladas entre si: o espacializar, que é a vivência do espaço em nossa existência; o temporalizar, que consiste no modo como experienciamos o tempo e na vivência que mais se aproxima do nosso existir e; o escolher que advém da própria existência e se refere à liberdade de escolha da qual o ser humano dispõe.

Segundo essa perspectiva, nos é necessário manter certo equilíbrio entre o que sonhamos e o que vamos, gradativamente, conquistar. Quando a execução de um plano não é correta, tendemos a examinar os motivos e, então, decidimos se devemos insistir nele ou partir para outro plano que nos pareça mais eficiente. Assim, podemos avançar no sentido de obter realização e manter nossa saúde existencial, enfrentando as dificuldades que surgirem nessa caminhada.

A saúde existencial consiste, na visão de Forghieri (2001; 2007), no bem-estar geral que cada um de nós experiencia no decorrer da própria existência, caracterizado por uma vivência global de liberdade, acolhimento e sintonia em relação a nós mesmos, aos nossos semelhantes e ao mundo em geral. Mas há também o adoecimento existencial, que consiste em mal-estar, contrariedade e angústia, caracterizando-se por uma vivência global de impotência, insatisfação em relação a si mesmo, à própria vida e aos semelhantes.

Nos plantões, podemos perceber a pessoa no momento que ela está passando pelas experiências que a aflige e, posteriormente, apreender como ela consegue, de alguma

forma, refletir sobre sua existência e buscar soluções para suas aflições. Nesse sentido, as experiências de frustrações e contrariedades podem ser vivenciadas em condições restritivas nas quais a pessoa dispõe de poucos recursos psicológicos para realizar escolhas autenticas e se responsabilizar por elas. Contudo, podemos perceber como a pessoa lida com sua própria temporalidade, inserida em um determinado contexto, tão rica e significativa quanto pode ser o encontro entre cliente e plantonista quando esse é acolhido, ouvido com atenção e levado a ouvir-se e a sentir-se, podendo assim, olhar a situação e a si mesmo.

É nesse contexto que o Serviço de Plantão Psicológico possibilita aos alunos o desenvolvimento da competência técnico-metodológico acerca do atendimento em plantão psicológico e do desenvolvimento do raciocínio clínico, dirigido para a compreensão das sessões realizadas, pautando-se pela ética e postura e profissional, além de oferecer a capacitação para a elaboração de relatórios e realização dos encaminhamentos dos casos atendidos para outros serviços de saúde.

Entretanto, o plantão psicológico favorece ainda, a compreensão dos aspectos que permeiam a relação terapêutica, possibilitando ao plantonista uma experiência única para lidar com demandas urgentes e emergenciais já que o plantonista não sabe como o cliente chegará, qual será sua demanda, seus interesses, suas necessidades e aflições. Coloca o aluno na situação de encarar o novo, permitindo-lhe desenvolver coragem, paciência, diminuir sua insegurança, afinar sua escuta e empatia e, desenvolver as habilidades para a congruência e o acolhimento, possibilitando-lhe experiência pessoal e profissional importantes para ingressar no mercado de trabalho.

Junto ao Serviço de Plantão Psicológico aprende-se a acolher o cliente da forma que ele vem, em uma determinada situação específica e emergencial, ao invés de focar seu problema, e ainda, partindo do referencial do próprio indivíduo, da sua própria realidade e verdade e não sob o referencial do plantonista, tendo em vista que cada ser humano é diferente do outro e cada um tem sua própria experiência e condição subjetiva.

Podemos salientar também que, todo encaminhamento realizado foi feito com o consentimento do cliente, tendo esse a liberdade de consenti-lo ou não, o que pode garantir ainda mais, a sua liberdade de existir. Ademais, os plantonistas se surpreenderam com suas próprias atuações, de maneira positiva, levando-nos a conclusão de que a atuação em

plantão requer, também, a própria experiência como capacitação, bem como preconiza Camargo (1987).

Desse modo, nossa experiência resultou no encontro com o novo, no vislumbre e na angústia frente a realidades tão diferentes daquelas trazidas pelos plantonistas, pelas quais, pudemos nos angustiar e, ao mesmo tempo, nos maravilhar. Ouvir novas experiências nos trouxe novas formas de ver o mundo, de agir e de ouvir o outro, respeitando-o em sua essência. Nesse sentido, compreendemos ainda a potencialidade do plantão psicológico enquanto um recurso de crescimento profissional e pessoal para o plantonista, já que o exercício de reconhecer o outro como humano, nos possibilitar olhar a nós mesmos como seres dotados de possibilidades e limitações.

Torna-se de grande relevância abordarmos ainda, sobre a importância da supervisão dos atendimentos, que tem implicações não somente para o desenvolvimento dos casos quanto para a formação profissional e o enriquecimento pessoal. Os casos eram supervisionados semanalmente, com o objetivo de adequar as atitudes do aluno ao referencial teórico escolhido e construir uma melhor compreensão do caso. É por meio da prática clínica mediada pela supervisão que se permite também ao plantonista se conhecer, obter alguma maturidade profissional e conseguir conhecer o outro como ele é, numa avaliação constante de sua própria postura frente àquilo trazido pelo cliente.

Ao adotar um referencial teórico, o plantonista deve pautar-se na crença ontológica que tem acerca do ser humano e manter-se coerente quanto ao método e técnicas que deve utilizar. Somente desse modo pode ser capaz de avaliar suas atitudes, refletir sobre que se pretende fazer, constantemente, e ainda, ser capaz de separar seus sentimentos daqueles vividos pelo cliente. Essa teoria, contudo, deve fazer parte do mundo interno do terapeuta e não somente ser um constructo intelectual (CURY, 1991).

Segundo Cury (1991), a prática auxilia também para o crescimento pessoal do plantonista, pois entrando em contato com novas experiências modifica-se a todo atendimento e ainda pode-se cada vez mais adquirir novos conhecimentos e aperfeiçoar-se, ser mais empático e congruente, aceitando o outro como ele é e ajudando-o a desenvolver cada vez mais suas capacidades humanas.

Na visão de Camargo (1987), o plantonista deve ainda, realizar sua psicoterapia pessoal, desde que esta não seja imposta, já que o plantonista tem a liberdade de escolher, sendo a escolha, muito mais rica enquanto uma decisão interna.

Entretanto, vivenciando a própria psicoterapia, o plantonista pode compreender como é o processo que perpassa o seu cliente, sendo ele mesmo o outro protagonista principal. Afinal, o plantonista deve ter conhecimento acerca de si mesmo para que consiga lidar com suas inseguranças, ansiedade e medos, bem como reconhecer e avaliar seus sentimentos positivos, para que consiga perceber seu mundo e o do cliente já que no momento do plantão o mundo interno do plantonista está presente e atuante, assim como o do cliente.

Considerações finais

Ao refletirmos sobre a efetividade terapêutica no atendimento em plantão psicológico podemos dizer que, se por um lado nem sempre é possível focalizar a intervenção no sintoma manifestado pelo cliente, tendo em vista que o foco se constitui em sua pessoa e não em seu problema; em muitos casos, as intervenções como esclarecimentos, indicações, encaminhamentos e o acolhimento, entre outras, podem cumprir um papel terapêutico, sendo capazes até mesmo de diluírem o pedido de ajuda. Podemos perceber que, muitos clientes saíram dos encontros mais aliviados, comunicando isto aos plantonistas. Se de um lado, as pessoas nem sempre buscam por psicoterapia; de outro, em muitos casos, um tipo de serviço de ajuda psicológica mais breve e focada pode oferecer respostas e alívio às necessidades de determinadas pessoas de forma mais adequada do que acaso essas fossem encaminhadas para uma psicoterapia. Nesse sentido, a atuação em plantão não deve ser vista como uma prática alternativa ou inferior à psicoterapia, mas como uma modalidade de intervenção em Psicologia Clínica que se distingue dessa outra.

O Serviço de Plantão Psicológico contempla ainda a possibilidade de que a demanda seja triada, de um modo não clássico, no qual não se está em pauta a minuciosa coleta de dados, mas a possibilidade de intervenção imediata, de um encontro autêntico que vise à promoção da saúde existencial e da qualidade de vida das pessoas que buscam ajuda.

Além disso, na medida em que a intervenção em plantão seja intermediada pela supervisão e pela psicoterapia pessoal, quando essa é uma opção do plantonista, torna-se ainda mais valiosa enquanto recurso de crescimento pessoal, levando o plantonista a avaliar suas próprias atitudes e atuação, sentimentos e pensamentos, para colocar-se disponível a

ajudar o outro, respeitando-o em sua singularidade. Nesse sentido, a capacitação profissional de um plantonista, na medida em que se desenvolve enquanto pessoa e profissional a partir do encontro com demandas e realidades tão distintas das suas, torna-se uma constante arte de engendrar novas experiências e novas formar de compreensão do ser humano.

Referências Bibliográficas

BELAS, J.B. (1999). Plantão psicológico num hospital geral – algumas idéias, sugestões... Disponível em:http://www.jlbelas.psc.br/meustextos.php?var=meustextos&op=texto&id=51. Acesso: 07/07/2009.

CAMARGO, I. A formação do conselheiro. In: ROSENBERG, R.L. Aconselhamento Psicológico centrado na Pessoa. São Paulo: EPU, 1987, cap. 53 - 59.

CURY, V.E. Plantão Psicológico em Clínica-Escola. In: MAHFOUD, M. Plantão Psicológico: novos horizontes, 1991, pp-115-133.

FORGUIERI, Y. C. Aconselhamento Terapêutico: Origens, Fundamentos e práticas – São Paulo: Thomson Learning, 2007.

_____ . Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

JORDÃO, M.P. Reflexões de um terapeuta sobre as atitudes básicas na relação Terapeuta-Cliente. In: ROSENBERG, R.L. Aconselhamento Psicológico centrado na Pessoa. São Paulo: EPU, 1987, cap. 3, pág.45-52.

MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSENBERG, R.L. Aconselhamento Psicológico centrado na Pessoa. São Paulo: EPU, 1987, cap. 75- 88.

MORATO, H.T.P. Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda? In: ROSENBERG, R.L. Aconselhamento Psicológico centrado na Pessoa. São Paulo: EPU, 1987, cap. 24- 43.

ROGERS,C. Psicoterapia Centrada em el Cliente. Buenos Aires: Paidós, 1960.

SCHMIDT. M. L. S. Aconselhamento psicológico: questões introdutórias. In: ROSENBERG, R.L.(Org.). Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa – São Paulo: EPU, 1987. pag-14-23.

Inscricao Numero: 747
Nome: VIVIANE DA SILVA FERRARI
Tel.: 1633943326
Email: viviane_ferrari@hotmail.com
Cidade: Matão
Estado: SP
Cursando: PSICOLOGIA
Semestre: Decimo
Faculdade: INSTITUTO TAQUARITINGUENSE DE ENSINO SUPERIOR

PÔSTER 36

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE GRUPO VIA INTERNET: UMA PROPOSTA DE PESQUISA

Carla Pontes Donnamaria[92]
Antonios Térzis[93]

RESUMO

Serviços de psicologia mediados pelo computador já são uma realidade que vem beneficiando diversas pessoas ao redor do mundo, por exemplo, emigrados que preferem ser atendidos por um profissional que compartilhe do mesmo idioma e cultura. Porém, a carência de pesquisas sobre o tema impõe limites. No Brasil, a Resolução No. 012/2005 do Conselho Federal de Psicologia, que autoriza, mediante certificação eletrônica, alguns dos serviços, restringe a prática da psicoterapia *online* ao campo da pesquisa, impedindo o atendimento a uma demanda que cresce a cada dia. Diante desta circunstância, propomos esta pesquisa, cujo objetivo é verificar a possibilidade de eficácia no atendimento psicológico de grupo realizado via Internet. Para tanto, aplicaremos, a um grupo de participantes voluntários, regras fundamentais e complementares características da clínica psicanalítica e analisaremos o material de acordo com a técnica de "Análise de Conteúdo" proposta por Mathieu, tendo a Psicanálise dos Grupos como referencial teórico. Esperamos, com este estudo, contribuir na construção do conhecimento e do manejo das variáveis de uma prática que talvez ainda possa beneficiar muitos brasileiros impossibilitados de acesso aos serviços presenciais de psicologia.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia e Informática; Atendimento psicológico *online*; Psicanálise de Grupo.

INTRODUÇÃO

[92] Psicóloga, Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia como Profissão e Ciência da PUC Campinas/SP, Avenida John Boyd Dunlop - s/n°Jardim Ipaussurama - Campinas – SP CEP: 13060-904
carlapd@uol.com.br bolsista CAPES.

[93] Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia como Profissão e Ciência da PUC Campinas/SP.

A presença física do terapeuta se constitui em uma prerrogativa para o atendimento psicológico eficaz? Esta é uma das questões que faz sentido a partir do momento em que, tecnologicamente, a comunicação a distância torna-se uma opção de facilidade de contato e de acesso a uma variedade de serviços sem os custos adicionais outrora implicados. E que cabe ser feita se usuários e profissionais da psicologia também já recorreram à Internet como uma alternativa contra impedimentos de acesso aos serviços presenciais, como nos exemplos observados por Fortim e Cosentino (2007), pelo paciente que em função da natureza de seu trabalho está sempre envolvido em viagens; para o emigrado, como uma possibilidade de ser ouvido e atendido por aquele que compartilha da mesma cultura e idioma, entre outros motivos, sem que a prática, entretanto, esteja ainda respaldada em conhecimentos fundamentados acerca dos seus possíveis riscos e benefícios, incluindo ausência de validação do ponto de vista epistemológico.

A Resolução No. 012/2005 do Conselho Federal de Psicologia, que atualmente norteia a prática dos serviços de psicologia mediados pelo computador no país, restringe a prática da psicoterapia *online*, limitando-a ao campo da pesquisa, e autoriza, mediante certificação eletrônica, serviços de orientação psicológica e afetivo-sexual, orientação profissional, orientação de aprendizagem e pesquisa escolar, consultorias a empresas, reabilitação cognitiva, ideomotora e comunicativa. Corretamente, enquanto não conhecemos o impacto da mediação sobre a complexidade de variáveis que envolvem a psicoterapia, esta deve ficar preservada ao contexto para o qual há pesquisas suficientes subsidiando, apesar da demanda de potenciais usuários que, por hipótese, poderiam ser beneficiados pela alternativa do atendimento a distância. Eis a importância de uma pesquisa que tem a eficácia do atendimento psicológico via Internet como seu objeto de estudo.

A opção por realizá-la na forma de grupo tem duas explicações: primeiro porque há um movimento notório dos próprios internautas brasileiros de recorrer ao formato de grupos quando motivados por reencontrar ou desenvolver vínculos, compartilhar uma ideologia, ou para solucionar problemas, incluso os de ordem emocional (NICOLACI-DA-COSTA, 2006). Segundo, por ser nosso foco original de estudos e pesquisa, que nos ensinou, entre outros aspectos, que um grupo não se confunde a uma somatória de indivíduos, de tal maneira que o estudo ou o trabalho com grupos possui uma realidade e fundamentação próprias, e com

alguns benefícios também diferenciados, levando-nos a supor que um trabalho de grupo via Internet também deve preservar peculiaridades para as quais as pesquisas individuais não oferecerão respaldo.

OBJETIVO

Verificar a eficácia de uma experiência de atendimento psicológico de grupo realizado via Internet.

MÉTODO

Este estudo, de cunho qualitativo, será conduzido com aplicação do método psicanalítico, o que implica dizer que terá o inconsciente como seu objeto de investigação, bem como as formas de subjetividade que dele se originam; neste caso, no que diz respeito às experiências de um grupo sobre uma proposta de atendimento psicológico a distância, via Internet.

Será criado um *website* o qual conterá as informações básicas sobre a pesquisa, o termo de consentimento livre esclarecido, a Resolução Conselho Federal de Psicologia No. 012/2005 sobre atendimento psicológico mediado pelo computador, o parecer do Comitê de Ética em pesquisa da PUC-CAMPINAS, bem como um endereço eletrônico através do qual a pessoa interessada em participar poderá entrar em contato com a pesquisadora, a fim de agendar uma entrevista individual.

Esta primeira entrevista será realizada pelo *skype*, com uso dos recursos de vídeo e voz, e terá a finalidade de reiterar os objetivos da pesquisa e demais informações constantes no referido site, verificar os critérios de inclusão descritos a seguir, coletar os dados do participante e conhecer sua motivação para participar desta proposta.

Quanto aos critérios de inclusão, os participantes deverão ser todos adultos, ter conhecimento prévio no uso dos recursos de comunicação via Internet (especialmente o *skype*), possuir computador com acesso à Rede, fones de ouvido, microfone e uma *webcam*; não ser pessoa do convívio da pesquisadora ou dos demais participantes, e ser brasileiro.

Ao grupo formado via Internet, também via *skype*, com os mesmos recursos de vídeo e voz, serão aplicadas as regras fundamentais do método psicanalítico aplicado aos grupos, a saber: da abstinência, implicada na ausência de relações reais entre a pesquisadora e os participantes, compromisso comum dos envolvidos, e pela não participação do pesquisador das trocas verbais que acontecem no grupo quando elas se relacionam com outros temas que não a experiência atualmente compartilhada; e pelo convite aos membros de que falem entre si do que queiram, que é uma adequação da regra da não omissão, original do método de psicanálise geral, à realidade grupal, proposta e denominada por Foulkes (1967) de *Fala Livre Circulante.*

Serão aplicadas também as regras complementares que caracterizam o método clínico psicanalítico, a saber: estabilidade no horário de início, de término das sessões e do dia da semana em que serão realizadas.

À pesquisadora caberá o papel designado por Anzieu (1993) de "monitor interpretador", a partir do qual deverá informar ao grupo seu estatuto, formular as consignas e garantir as regras. Suas falas serão sempre dirigidas ao grupo, o qual, segundo Anzieu e Marin (1971) torna-se o intermediário entre o pesquisador e os indivíduos participantes, e sempre de modo que ofereça oportunidade ao mesmo de comentá-las, oferecendo-lhe o máximo de liberdade possível para seu funcionamento e evolução.

Após a realização do número total de sessões previstas para esta pesquisa (uma sessão por semana, de uma hora e meia, pelo período de seis meses), novas entrevistas individuais serão realizadas, a fim de coletarmos material cuja análise poderá complementar, reiterar, ou ratificar as observações em torno do alcance terapêutico da proposta de grupo via Internet, a ser verificado também no próprio decorrer do grupo.

Realizaremos a gravação do áudio das sessões, preservando, desta forma, a fidedignidade do material a ser submetido à análise. Em seguida, observações acerca das manifestações não-verbais serão acrescentadas à transcrição destes arquivos.

Para o procedimento de análise, aplicaremos a proposta de Mathieu (1967) para "Análise de Conteúdo", destinada ao estudo de fenômenos não passíveis de mensuração (sentimentos, reações, atitudes, etc) e que visa, a partir dos conteúdos manifestos, desvendar o que haverá na condição latente, sob a consideração de que na estrutura de uma narrativa, ou no arranjo de seus elementos e temas, estão contidas as criações

inconscientes que buscam a satisfação de seus desejos reprimidos, da maneira como Freud (1900) observa ocorrer nas fomentações oníricas, e peculiarmente presentes nas produções míticas (Terzis, 2008).

Para acessarmos esse material latente, dividiremos o processo de análise em três momentos:

1. Leitura e releitura de todas as sessões para que os possíveis temas recorrentes possam se revelar;
2. Assinalamento dos laços estruturais que estariam ligando os possíveis temas recorrentes;
3. Interpretação propriamente dita, quando o material produzido será articulado com o referencial teórico escolhido, etapa que será reavaliada pelo orientador.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos, com esta pesquisa, contribuir na construção do conhecimento e do manejo das variáveis que envolvem uma prática hoje proibida em nosso país, a qual talvez ainda possa beneficiar um grande número de pessoas que, por dificuldades diversas, ficam impossibilitadas de recorrer aos serviços presenciais de psicologia.

REFERÊNCIAS

ANZIEU, Didier. O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

ANZIEU, Didier; MARTIN, Jacques-Yves. La dinámica de los pequeños grupos. Buenos Aires: Kapelusz , 1971.

FORTIM, I.; COSENTINO, L. A. M. Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. Psicologia: ciência e profissão, v. 27, n. 1, 2007.
Disponível em:< http.//www.scielo.com.br> Acesso em: 12 mar. 2009.

FOULKES, S.H.; ANTHONY, E.J. Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica. PUB: Rio de Janeiro, 1967.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Vol. 5, Rio de Janeiro: Imago, 1988 (Originalmente publicado em 1900).

MATHIEU, P. Essai d'interpretation de quelques pages du revê celtique. Interpretación. p. 232 – 59, 1967.

NICOLACI-DA-COTA, A.M. Internet: uma nova plataforma de vida. In: _____ (Org.). Cabeças digitais: o cotidiano na era da informação. São Paulo: Loyola, 2006.

RESOLUÇÃO No. 012/2005 – Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP no. 003/2000. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2005-12.pdf> Acessado em: 13 mar. 2009.

TERZIS, Antonios. Interpretação dos sonhos e dos mitos: uma compreensão psicanalítica. In: II CONGRESSO DE PSICOANALISIS DE LAS CONFIGURACIONES VINCULARES. Perspectivas Vinculares en Psicanálisis: las prácticas y sus problemáticas. Buenos Aires: Associação Argentina de Psicología e Psicoterapia, 2008, p. 123 - 127.

Inscricao Numero: 370

Nome: Carla Pontes Donnamaria

RG: 206243236

Tel.: (19)3201-6045

Email: carlapd@uol.com.br

Cidade: Campinas

Estado: AC

Cursando: Doutorado em Psicologia

Semestre: Primeiro

Faculdade: Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PÔSTER 37

A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA DE CONTINUIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DE UMA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ABRIGAMENTO.

Débora Vilma Neves de Sousa[94];
Denise Sanchez Careta[95];
Ivonise Fernandes da Motta[96]

RESUMO

Segundo D. W. Winnicott a continuidade da existência humana é auxiliada pelo amparo inicial, proporcionado pela presença de uma mãe suficientemente boa, que devotada em sua função materna, facilita o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, que por meio de suas repetidas ações, possa assegurá-lo, de forma que a dependência absoluta possa ser gradualmente diminuída. Este trabalho tem por objetivo discutir o atendimento clínico com uma criança de seis anos em situação de abrigamento. Percebemos que a presença da analista possibilitou ao paciente vivenciar experiências traumáticas, relacionadas à angústia de abandono, necessidade de manter ligações e vínculos. Evidenciou-se também a busca pela integração e continuidade do crescimento emocional. Compreendemos que foi de extrema importância acompanhar o paciente no seu tempo, através das repetidas experiências proporcionadas pelo manejo do setting e assegurando-o em relação à continuidade do processo terapêutico. Entendemos que a criança pelo estado de regressão e pela continuidade de experiências vivenciadas junto à analista, pôde avançar no processo maturativo emocional.

[94]Graduada em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo. Pesquisadora e Colaboradora do LAPECRI: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens- USP. E-mail: debyvpn@yahoo.com.br (11) 9443-2347.

[95] Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. Pesquisadora do LAPECRI: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens – USP. E-mail: denisescareta@usp.br / denisecareta@uol.com.br (11) 4472-6281.

[96] Profa. Dra. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do LAPECRI-USP: Laboratório de pesquisa sobre o desenvolvimento psíquico e a criatividade em diferentes abordagens – USP. E-mail: ivonise@usp.br (11) 3887-1516.

Palavras- chave: Desenvolvimento emocional; crianças abrigadas; D. W. Winnicott.

INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento, segundo Winnicott, poderá ser facilitado pela presença de uma mãe suficientemente boa, ou seja, uma mãe devotada que propicie os cuidados necessários ao seu bebê. Winnicott (1958) coloca que após o nascimento o bebê requer cuidados e proteção, cuidados estes provindos de uma mãe que esteja em condições segura, identificada com o seu bebê, e que no seu estado de devoção, possa ser amparada pelo seu marido e consequentemente pela sua família e assim será capaz de prover as necessidades do bebê.

Dentre as necessidades cruciais para o desenvolvimento do bebê, destacamos o amadurecimento emocional que pode ser auxiliado por um ambiente facilitador, quer dizer, para que ocorra a chamada tendência á integração torna-se imprescindível que o ambiente, o qual o lactente habita, seja um ambiente que o sustente e facilite o seu amadurecimento; caso os cuidados maternos não sejam suficientemente bons pode ocorrer de o bebê não realizar-se. (DIAS, 2003). Neste caso, segundo a autora, o lactente não encontra uma base segura que o sustente, e/ou facilite no engate da vida comprometendo o verdadeiro self e a necessidade de continuar a ser.

De acordo com Davis e Wallbrigde (1982) a integração do ego vincula-se a continuidade da vida, somente através desta integração haverá possibilidade de obter a experiência da continuidade do ser. Essa tendência á integração está relacionada ao amparo ambiental fornecido ao bebê e que será resultante do tempo e acumulo de repetidas experiências no processo maturativo, decorrentes também das relações objetais e da proteção egóica por parte da mãe (WINNICOTT, 1962/ 1983).

A ausência da proteção egóica no desenvolvimento poderá conduzir ao despertar das ansiedades inimagináveis, ansiedades estas, que comprometem o desenvolvimento do bebê, possibilitando o surgimento da sensação de despencamento proporcionado pela ausência de um do colo seguro. (WINNICOTT, 1983). O autor coloca que, os cuidados maternos, denominados de *holding*, funcionam como uma possível prevenção em relação ao crescimento maturacional; a falta destes cuidados poderá interromper a continuidade existencial do lactente. Segundo Winnicott (1962/1983):

> Todas as falhas que poderiam engendrar as ansiedades inimagináveis acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser (p.59).

As possíveis faltas e falhas da função materna, como um ego auxiliar na vida do bebê, implica em reações contra as possíveis intrusões, sendo assim, a continuidade da existência sofre interrupções; as frequentes ocorrências dessas falhas ambientais, sem que o bebê possa descansar e recuperar-se culmina no acréscimo de imposições traumáticas marcando o processo da dependência absoluta e comprometendo sua saúde mental (DAVIS e WALLBRIGDE, 1982).

Tratando-se de crianças que sofreram privações e cujos lares foram desfeitos prevalece nesta criança uma desorganização mental, tornando seus pensamentos agressivos e inseguros causadas por uma forte ansiedade evidenciando o desejo de controlar o que foi perdido, logo a identificação com a situação vivenciada poderá impedir sua espontaneidade e sua impulsividade (DAVIS e WALLBRIGDE, 1982). Deste modo, Dias (2003) afirma que, as próximas experiências serão construídas de forma distorcidas em sua profundidade, acarretando em experiências e vivências constituídas sem valor pessoal e adquirindo comportamentos defensivos por parte do indivíduo, pois a tarefa anterior não foi resolvida efetivamente.

De acordo com Winnicott (1958 *apud* Dias, 2003) a técnica analítica winnicottiana considera importante identificar a idade emocional do paciente, para assim favorecer o cuidado às necessidades comunicadas por ele. Logo, Motta (2005) ressalta:

> A possibilidade de acesso ás falhas ambientais vividas pelo paciente tornam possível não apenas o conhecimento destas vivências e seus efeitos, mas também a emergência de possibilidade do que denominaríamos reparação (p.382).

A presença do analista facilita para que o paciente possa reviver situações traumáticas, e que esta presença, a luz dos pensamentos de Winnicott (1983), pode ser definida como uma identificação e auxílio referente às necessidades do paciente, sejam elas comunicadas conscientemente ou inconscientemente. Neste caso, o analista facilita e cuida do paciente como um ego auxiliar, assemelhando-se ao suporte egóico materno, que é

proporcionado pelo ambiente analítico e pelo manejo do setting, que segundo Motta (2005), o ambiente e o setting contribuem para o denvolvimento psíquico do analisando e favorecem o processo terapêutico, tanto para o paciente como para o analista como forma de expressão do self real de ambos, diminuindo possíveis dificuldades no processo analítico e possibilitando um avanço frente o trabalho desenvolvido.

Portanto ancorados neste contexto teórico, este trabalho tem por objetivo discutir o atendimento clínico de uma criança de seis anos em situação de abrigamento, propondo evidenciar a importância da continuidade para a existência, a qual segundo Winnicott, fundamentalmente compreendida como experiência, e assim favorecer o avanço do desenvolvimento maturacional e não somente uma simbolização do inconsciente.

MÉTODO

Método clínico, estudo de caso. Utilizamos os conceitos psicanalíticos, à luz dos pensamentos de D. W. Winnicott.

APRESENTAÇÃO

Marcelo[97], seis anos abrigado, pela segunda vez, sendo o primeiro abrigamento aos dois anos de idade, permaneceu na instituição por trinta e três dias e retornou em seguida à família de origem. O motivo do primeiro abrigamento ocorreu devido à negligência materna, que saía de casa no período da manhã e retornava apenas de madrugada e sempre alcoolizada. Deixava a criança aos cuidados de seu irmão de doze anos e de sua irmã de nove anos. No dia do abrigamento, que transcorreu no período da manhã, até ás 18h00 a responsável não havia voltado à sua residência.

O segundo abrigamento aconteceu após dois anos, à criança estava com quatro anos. O motivo, desta vez, vinculava-se à negligência paterna, pois ambos pai e mãe, perambulavam pelas ruas em péssimo estado de higiene e o pai sempre alcoolizado. No dia em que a criança foi recolhida, presenciou seu pai embriagado, o qual portava uma faca e

[97] Nome fictício.

ameaçava a vizinhança, que por sua vez, cuidava de seu filho. A polícia foi acionada e consequentemente o pai foi preso.

Nas duas situações de abrigamento a criança apresentou péssimas condições de higiene. Segundo as funcionárias do abrigo a criança apresentava problemas de pele, dificuldades auditivas, sendo necessário falar em tom alto para que ele pudesse compreendê-las. Em contato com outras crianças, Marcelo, procurava repetir em suas brincadeiras o que havia presenciado em relação à prisão de seu pai e verbalizava com freqüência que o mesmo havia morrido. Foi relatado também que em alguns momentos, a criança permanecia paralisada, sem qualquer movimento demonstrava estar perdida em seus pensamentos.

Desde a data do segundo abrigamento, não houve visitas por parte de seus pais. A mãe recorreu juntamente ao órgão do Fórum para almejar o direito da visita, ao filho, porém até o presente momento não entrou em contato e nem compareceu à instituição. Desta forma, a criança permanece sob os cuidados do abrigo. Atualmente a criança frequenta a escola de educação infantil, no período da manhã.

CASO CLÍNICO

De forma sintética apresentamos recortes clínicos, os quais procuram comunicar aspectos importantes que auxiliam a compreensão da importância da continuidade, das experiências repetitivas, para o avanço do crescimento emocional.

Nosso objetivo é destacar momentos em que a criança parte inicialmente de manifestação de introspecção, pouco contato psíquico e também com a analista. A externalidade, aqui compreendida como movimentos e sons além da sala de atendimento ou mesmo aspectos sensoriais, apresentava significado de intrusão, a criança manifestava ansiedade, medo e angústia.

Vamos aos recortes clínicos.

Inicialmente nos atendimentos a criança pouco se comunicava, solicitava constantemente o auxílio da analista para abrir a caixa lúdica, demonstrava temor frente à possibilidade de produzir algum barulho. Explorava a caixa lúdica e o material gráfico, porém não dava continuidade às brincadeiras.

Durante repetidas vezes os cuidados higiênicos de Marcelo eram solicitados a analista como a limpeza do nariz, arregaçar as mangas de sua blusa como também lavar as suas mãos após manuseio das tintas.

Marcelo permanecia na sala cerca de vinte a trinta minutos, mas com interrupções pela freqüente necessidade de ir ao banheiro. Durante o transcorrer dos atendimentos, as interrupções foram diminuindo gradativamente. Atualmente, Marcelo, manifesta continência e não ocorrem as interrupções das sessões.

Ao ser anunciado o término da sessão a criança recusava-se a finalizar, argumentava que não havia brincado com os demais brinquedos, manifestava angústias de perdas. Identificava as faltas e manifestava a perda de recursos internos. A criança era contida pela analista quando esta última lhe ofertava um pedaço de massinha para que ele levasse consigo. Para este gesto da analista, pensamos no conceito de objeto transicional de Winnicott (1951/1983), em que oferecer a massinha à criança, pode ser compreendido como simbolização do objeto transicional. Diz o autor:*"Esse objeto pode tornar-se vitalmente importante e pode ter valor como um objeto intermediário entre o self e o mundo exterior" (p.25).* O autor afirma também que o objeto transicional auxilia a conter as ansiedades em momentos de angústias, e que continuará a ser necessário também ao longo da infância, como na hora de dormir ou "em momentos de solidão, ou quando surge a ameaça de um humor depressivo" (idem).

Chegamos a um ponto crucial de nosso trabalho: a importância da continuidade.

Após alguns meses de atendimento, a criança mostrou a necessidade de construir uma "pipa" denominada por ele como uma "pipa de verdade". Foram providenciados os materiais adequados para a elaboração da mesma, tais como: vareta, linha, cola, tesoura e papel de seda.

A construção do objeto pipa trouxe um novo significado ao processo terapêutico: a sua construção foi executada gradualmente, passo a passo, sessão por sessão, a cada atendimento paciente e analista compunham uma parte do objeto. Um objeto mediador. O término do tempo da sessão era questionado por várias vezes pela criança, e havia a necessidade de a analista lhe assegurar a possibilidade de continuidade. Era preciso destacar a temporalidade, a sessão de agora, a próxima sessão e os próximos encontros,

para que a criança iniciasse a confiabilidade no ambiente, em que ela pudesse dar continuidade à construção da pipa, se ela assim desejasse.

O objeto pipa ocupava a transicionalidade. Que de acordo com Winnicott (1951 *apud* Careta, 2006), a transicionalidade possibilita transitar entre a realidade interna e externa, compartilhada, a partir da terceira área denominada por Winnicott como espaço potencial.

Ao longo da experiência de construção do objeto pipa, a criança, mesmo recusando o término da sessão, guardava com todo o cuidado o objeto pipa e acompanhava a terapeuta, a fim de certificar-se do local reservado para guardá-la.

Embora pudéssemos analisar simbolicamente o objeto pipa construído pela criança, para esta discussão optamos por discutir a importância da experiência da continuidade para esta criança. A experiência da temporalidade atrelada a construção, talvez aqui podendo ser compreendida como construir o *self.* A presença da analista, no sentido de acompanhar o paciente, facilitou manifestações de alegria no paciente, o que pôde ser exemplificado com o surgir das emoções, como um sorriso, que Marcelo expressou tão enfaticamente após a finalização do objeto pipa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criança demonstrou necessidade de vínculo com a analista, pela presença da analista como ego auxiliar, comunicou suas angústias, principalmente as de abandono, de separação e de perdas. A experiência de continuidade facilitou o contato psíquico e a condição de se sentir real, o existir humano.

A “pipa” tornou-se um objeto mediador, sendo construído a cada sessão mostrando ao paciente um processo contínuo, possibilitando experenciar e sentir a continuidade, de sentir a temporalidade a cada encontro. Podemos pensar que a montagem do objeto mediador, pôde ser compreendida como constituição de *self.*

A possibilidade de elaborar o objeto mediador nos atendimentos trouxe um novo significado e avanço no trabalho analítico.

A presença da analista juntamente com o manejo do *setting*, possibilitou a identificação com as necessidades da criança, o qual, por meio da experiência de continuidade, foi possível auxiliá-lo rumo ao desenvolvimento maturacional

REFERÊNCIAS

CARETA, D. S. (2006) *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.

DAVIS, M. e WALLBRIGDE, D. A teoria do desenvolvimento emocional. In: *Uma introdução á obra de D.W. WINICOTT – Limite e Espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1982. p. 44-94..

DIAS, O. E. A teoria do amadurecimento pessoal. In: *A teoria do amadurecimento de D.W. WINNICOTT*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 92-155.

MOTTA, F. I. (2005) O gesto espontâneo e a interpretação criativa. *Revista Mudanças Psicologia da Saúde,* 13 (2), 374-388.

WINNICOTT, D. W. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê (1960). In: *A Família e o Desenvolvimento Individual.* São Paulo: Martins Fontes, 1960.p. 27-32.

_____. W. O primeiro ano de vida (1958). Concepções Modernas do Desenvolvimento Emocional. In: ___ *A Família e o Desenvolvimento Individual.* São Paulo: Martins Fontes, 1958.p. 13-26.

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In*: O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artemed, 1983.p.55-69.

_____. Análise da criança no período de lactência (1958). In*: O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artemed, 1983. p. 106-113.

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In*: O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artemed, 1983. p. 38-54.

Inscricao Numero: 101
Nome: Débora Vilma Pereira Neves
Tel.: 11 94432347
Email: debyvpn@yahoo.com.br
Cidade: São Bernardo do Campo
Estado: SP

Graduado na: Universidade Metodista de São Paulo
Graduou-se em: 2008
Onde Trabalha ou atua: Clínica

POSTER 38

REGRESSÃO CLÍNICA E SUA RELAÇÃO COM A DISPONIBILIDADE AMBIENTAL: RELATOS DO TRABALHO COM CRIANÇA ABRIGADA

Robson Thiago Barbosa Nakagawa[98]
Denise Sanchez Careta [99]
Ivonise Fernandes Da Motta[100]

Resumo

O presente trabalho trata da experiência de atendimento clínico de um menino de quatro anos de idade, onde, por meio da abordagem psicanalítica, à luz dos pensamentos de Winnicott, buscamos retratar o processo de regressão na clínica de crianças que sofreram privações. Winnicott descreve que no início de vida, a mãe ou quem exerce essa função, deve adaptar-se ativamente as necessidades do bebê. Quando essa adaptação falha, a externalidade apresenta-se como intrusão ambiental, deixando fraturas no desenvolvimento. No processo de análise, quando o analista é capaz de fornecer um ambiente suficientemente bom, o *holding*, ao paciente, torna-se possível a regressão a estágios primitivos do desenvolvimento. K., durante a sessão comunica angústias de abandono e, na medida que o analista oferece *holding* ao paciente, ele é capaz de regredir ao estágio de dependência, o qual representa o nascimento e a relação amorosa com a mãe. Sequencialmente, surgem sentimentos de ódio dirigidos à figura do analista que sobrevive e aceita o paciente. Concluímos como fundamentais no processo analítico a presença do *holding* e a capacidade de sobrevivência do analista para auxiliar ao paciente a possibilidade de vivenciar a regressão e a integração psíquica.

Palavras chave: Winnicott, Regressão, Desenvolvimento Emocional, *Holding*.

[98] Psicólogo, Pesquisador e Colaborador do Lapecri-USP. robson.nakagawa@gmail.com
[99] Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP. Coordenação do Núcleo de Abrigos – Lapecri-USP. denisescareta@usp.br
[100] Professora Doutora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Lapecri, USP. ivonise1814@terra.com.br

Introdução

O presente estudo é fruto do trabalho desenvolvido em uma instituição destinada ao abrigamento de crianças, localizada na região da Grande São Paulo. Trata-se de um local que visa o acolhimento de crianças que foram retiradas do lar de origem em decorrência de quadros de violência e/ou negligência familiar; correspondendo então, a situações de risco a integridade total dessa população.

As instituições de abrigamento, todavia, assim como se constitui o imaginário popular, se encarregam também do acolhimento de crianças que perderam a família de origem – os ditos órfãos. No entanto, das crianças e adolescentes que vivem hoje em instituições, 87% deles possuem família, dos quais 58% ainda mantêm vínculos com seus familiares (DELL´AGLIO & SIQUEIRA, 2006).

Embora essa diferenciação seja necessária para termos em vista a incidência predominante dos quadros de violência doméstica, compreendemos que ao serem retiradas do lar, as crianças são expostas aos impactos e perdas emocionais envolvidas nessa separação.

Nesse sentido, pela familiarização que D. W. Winnicott teve com o trabalho referente à evacuação de crianças na Inglaterra no período referente a 2ª Guerra Mundial, e conseqüentemente, frente às vivências dessas crianças acerca da destituição de seus lares; foi possível a difusão da importância da inclusão de fatores ambientais para a compreensão da teoria do desenvolvimento humano (CARETA, 2006).

Em termos do desenvolvimento, Winnicott insere que há em todo o ser humano um *potencial herdado* para crescer e desenvolver-se, e que desta forma, caberia ao ambiente, nesse caso a mãe, ou pessoa que exerce a função, ser um facilitador para que essa capacidade inata desenvolva-se.

No início da vida do bebê, fase que Winnicott denomina de *dependência absoluta*, o bebê não reconhece o cuidado materno e isso é uma questão de profilaxia (WINNICOTT, 1960). Nesse sentido, parte-se da premissa de um cuidado materno que consiga adaptar-se as necessidades do bebê, dando a ele uma noção de continuidade de ser, e que o resguarde da confrontação com a externalidade.

Quando o cuidado materno não consegue se adaptar às necessidades do bebê, as tensões vividas pelo lactente são percebidas como intrusões ambientais. Nesse caso, o bebê precisa reagir às falhas do ambiente em relação à adaptação ativa. Doravante, a quantidade crescente de reação às intrusões gera uma perturbação no processo da continuidade do ser (WINNICOTT, 1949).

A *maternagem suficientemente boa*, nas palavras de Winnicott, "é o que capacita o bebê a não ter de encontrar o impredizível até poder admitir fracassos ambientais" (1967); fato que só poderá vir a acontecer com segurança em um momento posterior do desenvolvimento.

Diz o autor que, além da confusão gerada nesse processo de intrusão da externalidade, as reações podem ser catalogadas pelo psiquismo.

> O indivíduo, mais tarde, no entanto, poderá utilizar essa memória para reviver o processo do nascimento ao brincar ou numa análise cuidadosamente controlada. Mas esse tipo de funcionamento mental que consiste em catalogar age como um corpo estranho, sempre que fica associado a uma falha do ambiente (em adaptar-se ativamente) que foi impossível de compreender ou prever (WINNICOT, 1949).

Por essa via, ao receber um paciente no consultório, ou quando vamos atendê-lo no abrigo, como no presente caso, é possível, dentro da situação de análise, defrontarmo-nos com momentos marcados pela regressão. Nesse sentido, regressão quer dizer aqui uma regressão ao estado de dependência, não especificamente regressão em termos de zonas erógenas (WINNICOTT, 1954)

O paciente regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite viver um estado de dependência (WINNICOTT, 1967). Dessa maneira, quando alcança a possibilidade de regressão, pelo favorecimento da provisão ambiental, revela a expressão

de elementos sadios em sua personalidade, uma vez que proporciona ao paciente, a possibilidade de reviver os momentos mais iniciais de sua vida.

“A vantagem da regressão é a de ela traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce” (WINNICOTT, 1954) Todavia, como relata o autor (1964), ao lidar com o paciente que não recebeu um tratamento inicial suficientemente bom, não é certo que terapeuta seja capaz de corrigir concretamente o que foi deficiente, tendo em vista que o paciente comunica essas rupturas traumáticas.

Há duas razões envolvidas no trabalho analítico diante da regressão. A primeira diz respeito à condição do analista de prover um ambiente suficientemente bom (*holding*), permitindo que o paciente regrida a estados de dependência; a segunda é que apenas gradativamente o paciente começa a ter esperanças de que suas exigências sejam atendidas.

Por conta do desenvolvimento do paciente em análise, há um aumento gradual da necessidade de uma provisão ambiental especializada (WINNICOTT, 1964), ponto no qual as *fraturas na continuidade do ser*, resultado de reações às falhas ambientais, exigem do analista grande condição de adaptar-se à dependência do paciente.

Ao longo do processo terapêutico, marcado pelo estado de dependência, diz Winnicott (1967, p.155-156):

> Descobrimos que nossos inevitáveis fracassos específicos e limitados, amiúde ocasionados pelo paciente, dão a este oportunidade para sentir e expressar raiva por nós. Ao invés de um trauma cumulativo, obtemos experiências cumulativas de raiva, na qual o objeto (terapeuta e a sua sala) sobrevive à raiva do paciente.

Dessa forma, o presente trabalho é pautado no método clínico, com abordagem psicanalítica à luz dos pensamentos de D. W. Winnicott, onde temos como objetivo, retratar o processo de regressão na clínica de crianças que sofreram privações, tal como propôs o autor (1949; 1954; 1960; 1964; 1967).

Desenvolvimento

K.[101] é um menino e possui quatro anos de idade. Está em atendimento psicológico semanal a aproximadamente quatro meses, momento no qual foi abrigado na instituição juntamente com mais três irmãos.

Durante as sessões individuais, o garoto comunica ao analista angústias de separação e abandono, demonstrando sempre dificuldade em finalizar os encontros. Em uma dinâmica lúdica, os carrinhos de brinquedo vão embora, o caminhão cegonheiro desaparece, e alguns objetos de sua pasta gráfica se escondem longe da visão.

Em uma sessão específica, a qual pretendemos apresentar, nota-se uma nuança na dinâmica apresentada pelo paciente, a qual conflui para aspectos que circundam o que denominamos regressão em análise.

Por pretensão de facilitar a articulação e a compreensão do conceito de regressão com a sessão realizada com K., dividimos em quatro momentos o encontro entre paciente e analista. Cabe ressaltar que temos como pano de fundo, a presença de angústias relacionadas com separação e abandono, e que no decorrer da sessão, tomam formas diferentes, como pretendemos apresentar.

Primeiro Momento: Você pode me aceitar?

K. empurra os carrinhos para longe, e começa a promover uma porção de colisões entre os carros, que quanto mais são jogados para longe, mais batem na parede e entre si. Percebendo a comunicação do paciente o analista diz: “Dá muita raiva quando esses carrinhos vão para longe”.

Adiante, o paciente pega uma mamadeira de brinquedo e pergunta se pode abri-la para ver o leite que tem dentro dela[102]. Mesmo sabendo da extrema dificuldade de separar a tampa do restante da mamadeira, o analista, dentro do contexto apresentado, aceita o pedido do menino. Trata-se aqui da condição do ambiente favorecer e sustentar as experiências da criança.

Frustrado na tentativa de abrir a mamadeira, K. intenciona jogá-la (colocando-se em uma posição de arremesso com os braços), no entanto solta a mamadeira no chão de uma pequena altura, verificando a queda. Devagar, a altura aumenta, fazendo a mamadeira cair

[101] Inicial do nome do paciente, resguardando sua identidade em sigilo.
[102] Trata-se dessas mamadeiras de brinquedo que, quando colocada de cabeça para baixo, o conteúdo se esconde.

ao chão e permanecer intacta. Diante de tal constatação, K. leva a mamadeira à boca e brinca que está mamando. Compreendemos que tanto a mamadeira, para este contexto, quanto o *setting* analítico, correspondem aos aspectos ambientais, constituindo, dessa maneira, alvos da destrutividade do paciente. Para tanto, sabemos que é a destrutividade que leva a criação da externalidade e ao uso do objeto como uma entidade por seu próprio direito (DIAS, 2000). O que, nesse sentido, permite os objetos, no caso a mamadeira, serem *usados* pelo paciente a seu favor, fazendo uma ponte entre a realidade subjetiva, interna, e a realidade externa.

O momento da conquista da externalidade marca a capacidade de diferenciação entre *Eu* e *Não-Eu,* podendo ser ilustrado, no nosso caso, com o oferecimento da mamadeira do paciente (Eu) ao analista (Não-Eu), incluindo-o como parte da relação.

Segundo Momento: O que tem ai dentro?

K. propõe uma brincadeira *junto* com o analista, que por necessidade do paciente, foi repetida algumas vezes. Tratava-se de uma situação na qual o analista deveria fechar os olhos enquanto o menino colocava alguns brinquedos dentro da caixa-lúdica. Até então os brinquedos estavam espalhados pelo chão, enquanto a caixa encontrava-se aberta e vazia ao lado.

Após guardar alguns brinquedos na caixa, o paciente pedia então para o analista abrir os olhos. Diante dele via-se o menino sentado sobre a caixa tampada e alguns brinquedos espalhados pelo chão. Algo ali havia se separado e desaparecido, entendeu o analista, e que deveria ser procurado (acessado). Após um tempo procurando os objetos perdidos, K. novamente pedia para o analista fechar os olhos. Ao ordenar para abri-los, havia ali, diante dele uma caixa aberta, revelando os brinquedos desaparecidos (os carrinhos e a mamadeira).

Terceiro Momento: Algo está (re)nascendo.

O menino então, manifesta o interesse em entrar dentro da caixa-lúdica, se acomodando juntamente com a mamadeira e os carrinhos. Pede para fechar a tampa da

caixa e trancá-lo no interior da caixa. Com cautela o analista coloca a tampa sobre a caixa e fecha algumas travas da caixa-lúdica[103] atento com a condição de oxigenação no interior da caixa. Após um curto período de tempo o analista retira a tampa, e recebe a instrução do paciente de que deve deixá-lo trancado por mais tempo. Contudo, diante da possibilidade de sufocamento dentro da caixa, o analista diz ao menino que poderia segurar a tampa da caixa por um tempo, mas trancá-lo por mais tempo seria perigoso, pois poderia acabar o ar. K. pede então para que segure a tampa apenas, e repete a brincadeira algumas vezes mais.

O menino coloca as pernas para fora da caixa e se acomoda de forma relaxada, dizendo que vai dormir. O analista inicia uma cantiga de ninar assobiando. Calmo e relaxado, o paciente relata que está na cama, com travesseiro e cobertor. Diz que está “na cama da mamãe”. Dessa forma, o ambiente da sessão, caracterizado pelo travesseiro, cobertor e cama da mamãe, promove a condição para que o paciente retorne ao estado de dependência oriundo aos primeiros meses de vida.

O silêncio domina a sessão por um longo tempo, enquanto entoa-se o assobio da canção de ninar. K. fixa os olhos em direção aos olhos do analista, serve-se um pouco da mamadeira e vira-se de lado fechando os olhos. Sussurra então: te amo!

O menino pergunta, em um tom quase de afirmação, se o analista poderia ficar com ele ali. Ante a aceitação, o menino permanece na mesma posição de relaxamento.

Quarto Momento: Posso amar, e odiar?

Passado alguns minutos, K. sai do estado de relaxamento num movimento de “voltar a si”, saindo de uma espécie de sonho. Incomoda-se com a proximidade do analista e pede para ele ir pra longe e sentar no banco do outro lado da sala. Depois pede para voltar e sentar onde estava antes. Em seguida, com tom agressivo fala para se distanciar novamente.

[103] Trata-se de caixa de plástico branco e transparente, na qual a tampa, do mesmo material que o restante da caixa, pode ser fechada e trancada com o auxilio de algumas travas nas laterais da caixa.

Neste sentido, podemos observar os caminhos que o pequeno paciente percorreu até poder sentir-se confiante para regredir a estágios de dependência absoluta. Neste ultimo momento, próximo ao fim da sessão, abriu-se a possibilidade do paciente, ao invés de vivenciar um *trauma cumulativo* (WINNICOTT, 1967), pôde experienciar o sentimento ódio com relação ao analista. Sendo que o analista, não apenas sobrevive ao ódio direcionado pelo paciente, mas aceita-o como aspecto a ser vivido e integrado a personalidade.

Considerações Finais

A regressão em análise constitui um fenômeno bastante complexo, do qual não se configura apenas pela compreensão de regressão à zonas erógenas.

A regressão em análise é fundamentalmente a regressão a períodos de dependência, sendo que só pode ser vivenciada pelo paciente quando o analista-ambiente é capaz de prover um ambiente suficientemente bom.

No decorrer do tempo, o paciente sente-se seguro para acessar as catalogações erigidas no inicio de sua vida pelas possíveis falhas ambientais, e comunica-as ao analista. Todavia, não cabe a esse último tentar corrigir o que foi deficiente, mas estar disponível para acolher, por meio do holding, as angústias que surgem na sessão.

Conforme o paciente pode se desenvolver, as experiências de frustração aparecem, propiciando que impulsos agressivos se dirijam ao analista. Esse movimento relaciona-se com a capacidade do paciente de integrar situações nas quais é possível experienciar a raiva ao invés de traumas na continuidade do ser. É fundamental que a analista sobreviva a estes impulsos do paciente, para que assim, possa auxiliá-lo a discriminar fantasia e realidade.

Referências

CARETA, D. S. *Análise do Desenvolvimento Emocional de Gêmeos Abrigado no Primeiro ano de Vida: Encontros e Divergências sob a perspectiva Winnicottiana*. 2006. 249 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

DELL'AGLIO, D.; SIQUEIRA, A. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 19 out. 2009.

DIAS, E. O. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana*, São Paulo, vol.2, no.1, jun. 2000. Disponível em http://pepsic.bvs-psi.org.br Acesso em: 19 out. 2009.

WINNICOTT, D. W. (1949) A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: *Da pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1954) Retraimento e Regressão. In: *Da pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1960) Teorias do Relacionamento Paterno-Infantil. In: *O Ambiente e o Processo de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1964) A Importância do Setting no Encontro com a Regressão na Psicanálise. In: In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1967) O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Inscricao Numero: 116

Nome: Robson Thiago Barbosa Nakagawa

Tel.: (11)85832367

Email: robson.nakagawa@gmail.com

Cidade: São Bernardo do Campo

Estado: SP

Cursando:

Semestre: Primeiro

Graduado na: Universidade Metodista de São Paulo

Graduou-se em: 2008

POSTER 39

REFLEXÕES DOS TUTORES DO PROJETO APOIAR SOBRE SUAS VIVÊNCIAS NOS ATENDIMENTOS DOMICILIARES AOS PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Antonio Geraldo de Abreu Filho[104]
Ana Luiza de Figueiredo Steiner[105]
Leila Cury Tardivo
Colaboradores[106]

Objetivos: Demonstrar o relato de duplas de tutores na vivência dos atendimentos a pacientes com ELA.

Método: Análise clínica, com base em estudo de caso, do relato do encontro humano vivenciado entre tutores e paciente portador de ELA

Resultados: Angústias, temores e ansiedades foram relatados pelos tutores frente ao desconhecido, tanto com relação aos pacientes, quanto diante da situação de atendimento em si, sendo que foi a primeira experiência junto a um paciente e nessas circunstâncias: portadores de uma doença faltal, progressiva e degenerativa, bem como domiciliar. As leituras feitas e supervisões realizadas puderam ajudá-los na compreensão do processo do adoecer e constatar que o que se presentificou foi a história pessoal de cada paciente, sendo a doença um disparador para isso.

Reconheceram a importância da escuta e do olhar humanizado sobre todas as questões que

[104] Lab.APOIAR/USP/UNIFESP/EPM
[105] Laboratório APOIAR/USP

[106] Com a colaboração dos estudantes de graduação do IPUSP Barbara Harumi, Barbara Melo, Isabela Moretti, Pauline Mello Martines, Daniel Gorsten, Eduardo Hirata

envolvia paciente e contexto familiar, vivenciando as questões transferenciais e contratransferenciais presentes.

Conclusão: Os tutores puderam reconhecer a importância da supervisão como questão sine qua non, fazendo parte do tripé de formação de um profissional, percebendo a complexidade e dificuldade que envolve o contato com um ser humano em sofrimento, bem como a vulnerabilidade que o profissional se encontra diante do drama humano, mobilizando questões pessoais que precisam ser separadas das do paciente.

Palavras Chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica, Tutoria, Drama humano, doença.

O Projeto Tutor, fruto da parceria entre a ABRELA – Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica e o Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, existe desde 2003 e vem desenvolvendo trabalho de tutoria com alunos de graduação do IPUSP, onde os alunos-tutores prestam apoio emocional domiciliar aos pacientes com ELA, bem como aos seus cuidadores.
Seguem abaixo relatos de dupla de tutores/colaboradores do Projeto APOIAR nesses atendimentos domiciliares:

"O projeto Tutor ABRELA USP nos possibilitou ter experiências que juntamente com as supervisões se mostraram imprescindíveis para o complemento das teorias que aprendemos em aula. A introdução teórica, antes do inicio dos atendimentos, foram de crucial importância para a preparação do contato que tomaríamos com pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica e as implicações na vida em família, social e de alguns processos internos por que passam os pacientes. No primeiro atendimento, encontramos um ambiente em que não conseguimos definir bem se receptivo ou hostil a nossa presença devido às constantes intervenções da esposa e cuidadora do paciente. Logo no primeiro contato com o paciente, percebemos que muitas de suas angústias se assemelhavam com as impressões vividas e expressadas durante as supervisões anteriores nas quais conversamos a respeito do livro de Kubler-Ross; isso nos proporcionou uma possibilidade de lidar melhor com esses sentimentos ambíguos que poderiam tomar proporções impactantes sem o devido preparo. O desenvolvimento da escuta foi primordial, tivemos que aprender a lidar com vácuos

durante a conversa, sem realizar intervenções já que a proposta era o paciente falar sobre o que desejasse e não sobre o que gostaríamos. As supervisões foram essenciais ao amadurecimento dessas habilidades e na compreensão dessa dinâmica, tal como um olhar as nossas próprias impressões ao longo dos encontros." (Silva de Carvalho; 2004)

"Durante o período que participamos das reuniões e tomamos conhecimento das leituras e dos casos trazidos pelas duplas que já estavam fazendo tutoria, a nossa primeira impressão foi de que o início do tratamento com um paciente com ELA seria muito difícil. A ELA é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso motor, causando fraqueza e atrofia muscular, disfagia, disartria e insuficiência respiratória. A expectativa de vida é de 3 a 5 anos e no momento a única medicação utilizada é o Riluzol. (ABRELA – Atualização 2009). *Estávamos esperando uma experiência pesada e intensa, o que de fato não aconteceu no início, porque esperávamos nos encontrar com a nossa fantasia de pessoa doente. Nas primeiras visitas, embora houvesse uma dificuldade inicial na compreensão da fala do paciente, a conversa fluía e ele sempre se mostrava contente com a nossa presença, nos mostrava coisas, dvds e fotos da família. Ele nos contava sobre os fins de semana que passava com a família na sua chácara e sobre os seus netos que sempre estavam próximos. Com o passar do tempo e alguns sustos e internações, o paciente começou a falar mais sobre a sua doença, o momento em que foi diagnosticado com ELA, há dez anos, e os avanços da sua doença, as adaptações que foram feitas em sua casa, em função de suas limitações. A experiência de ser tutor nos possibilita ter um melhor entendimento de como pode se constituir um processo terapêutico no qual a comunicação vai sendo progressivamente prejudicada e se faz necessário pensar em diversas formas de adaptação a essa nova realidade trazida pela doença. Além disso, um dos objetivos do projeto tutor é não fazer nenhuma intervenção de sentido psicanalítico, mas sim, criar um campo em que se possa estabelecer um contato e um vínculo que sirva de sustentação, de apoio para o paciente com ELA."*

"Em primeiro lugar quero parabenizar e agradecer aos idealizadores desse projeto que para nós, estudantes de psicologia, é uma oportunidade que nos possibilita complementar e enriquecer a "avalanche" (no bom sentido) de teorias com as quais somos confrontadas na

graduação. Nesta curta, mas intensa experiência de tutoria de pacientes com ELA, ficou claro para mim a importância, na graduação de qualquer experiência prática de alguma das áreas possíveis de atuação do psicólogo, já que, sem isto, pelo menos para mim, as teorias que aprendemos apenas nos tangenciam, mas poucas vezes nos penetram. Acho que um conteúdo teórico somente se torna real e vivo para o sujeito/aluno na medida em que este, de alguma maneira, encontra alguma vivência prática e análoga a tal conteúdo teórico, capaz de fazer com que o aluno, de fato, se aproprie pessoalmente daquela teoria, convertendo-a em experiência pessoal e relevante. E para tal objetivo, a experiência de tutor foi o elo que possibilitou, em grande medida, o casamento entre teoria e vivência prática dentro do contexto da graduação.(ABREU FILHO, A.G. et al.; 2004).

Outra experiência importante e bastante enfatizada nas supervisões era a importância da escuta. Foi chocante para nós vivenciarmos (mesmo que de forma distante) o processo final de uma doença terminal, no qual a paciente claramente mostrou que tinha plena consciência de que, aquele processo não só era um túnel sem luz no fundo (que necessariamente levaria a morte), mas que tal túnel a cada dia se tornaria mais e mais escuro (dada a rápida evolução da doença naquela paciente). A própria paciente de modo recorrente nos comunicava sua angústia, dizendo que se tivesse em seu poder tirar a própria vida, não hesitaria em fazê-lo. Assim, freqüentemente nos perguntávamos se era possível de fato oferecer um mínimo de ajuda para alguém nessa situação tão desoladora, já que qualquer tentativa de buscar alguma esperança nesta situação possivelmente teria o efeito oposto e se converteria em ironia atroz. Assim, os pacientes terminais passam muitas vezes um tempo maior nesse túnel escuro o que talvez potencialize o conflito e, devido ao sofrimento, muitas vezes até estabelece a motivação para "acelerar" o processo. E nesse contexto, a função da "simples" escuta ganha talvez um novo sentido: certamente não podemos iluminar o caminho para o paciente que está no túnel escuro, mas podemos, mesmo que minimamente, segurar sua mão. (Silva de Carvalho; 2004)

Segundo observações de Kubler-Ross (2002), o paciente com diagnóstico de uma doença terminal apresenta 5 estágios diante dessa situação: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ao receber o diagnóstico de ELA, o paciente, de imediato, ativa o mecanismo de defesa de negação, uma vez que o impacto dessa notícia é tão avassalador

que se torna necessária tal defesa, para que possa preservar seu aparelho psíquico, tamanho sofrimento que vivencia. Constata-se que concomitante a negação, advém o isolamento, não só de situações sociais, mas também de conexões com outras idéias e pensamentos. Vivenciado esse estágio, em seguida vive a raiva, questionando-se “mas por que eu?’, vendo que as pessoas ao seu redor estão melhores do que ele e que tem mais tempo de vida (supostamente). Novo estágio então se presentifica, é o da barganha: “se eu melhorar, prometo.....”, lutando conta a sua realidade de que está tendo um progresso e degeneração da doença, não melhorando e sim, piorando a cada dia. Ao constatar que a doença está evoluindo, depois de tanta luta, esperança e desespero, entra em depressão, pois percebe que tudo que tentou acabou não surtindo o efeito esperado e finalmente, acaba aceitando essa situação, uma vez que percebe nada mais poder fazer para que ele melhore e readquira a saúde perdida, estando mais ciente da proximidade de sua finitude.

Com esses relatos tivemos a intenção de mostrar o percurso dos tutores/colaboradores através dos atendimentos realizados como forma não só de revelar o quanto amadureceram durante o processo enquanto futuros psicólogos, como também iniciar o desenvolvimento do olhar e da escuta diante do paciente, objetivando humanizar o encontro, uma vez que estão diante de seres humanos em extremo sofrimento, levando a possibilidade de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS:

ABRELA – Esclerose Lateral Amiotrófica – Atualização 2009 – São Paulo – SP. 2009.

ABREU FILHO, A.G. et al. Estudio de la personalidad de un paciente portador de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con uso del método de Rorschach: Comparaciones entre los sistemas de evaluación de Anibal Silveira y el sistema comprensivo de Exner. XVIII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos. Universita de Barcelona. España, 2005.

ABREU FILHO, A.G. et al. Manifestaciones del sufrimiento humaño. Evaluación, comprensión y formas de intervención a los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

Estudio Comprensivo y soporte emocional. Anais VII Congreso Argentino de Rorschach en la Universidad. Buenos Aires, 2004.

Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. ABRELA: informação e documentação: referência – Atualização. São Paulo, 2008.

BARUS-MICHEL, J. - *Bulletin de Psychologie* v. 54 (2) 452 março-abril, 2001.

BLEGER, J. - Temas em Psicologia. São Paulo. Martins Fontes, 1971.

KUBLER-ROSS, E – *Sobre a Morte e o Morrer.* Martins Fontes, 2002.

SILVA DE CARVALHO U – *A Supervisão Psicanalítica – Contribuições Teóricas e Praticas* – Casa do Psicólogo – São Paulo – SP.; 2004

Inscricao Numero: 148
Nome: Antonio Geraldo de Abreu Filho - Projeto ABRELA/APOIAR
Tel.: 11 30643876
Email: anbeot@uol.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: AC
Cursando:
Semestre: Primeiro

POSTER 40

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EXPERIÊNCIAS DE UM TRABALHO EM EQUIPE

Patrícia de Paulo Antoneli[107]
Alessandra Karina Salles Santos
Ariane Moret
Cintia P. M. Ramos
Pedro Gabriel Lopes Fernandes

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar algumas experiências de uma equipe interdisciplinar, que tem como alicerce a atual política de saúde mental, oferecendo um acompanhamento intensivo, em regime de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Apresenta a parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), baseada na Política Nacional de Humanização (PNH). Relata o atendimento grupal dedicado à pacientes portadores de transtornos psíquicos e seus familiares. Finaliza mostrando a importância de espaços de reflexão para a equipe, onde as emoções dos profissionais possam ser acolhidas, sustentando um atendimento de qualidade ao usuário.

Palavras-Chaves: saúde mental, humanização, equipe interdisciplinar, caps.

1 - INTRODUÇÃO

Humanização

A história da saúde e da doença mental passa por explicações mágicas e místicas, percorre a exclusão, encarceramento e exploração econômica. Deflagra a luta

[107] Membros da Equipe Técnica Interdisciplinar do CAPS

;

antimanicomial e a reforma do modelo assistencial, até chegar ao processo atual de busca pela humanização em seu tratamento (Coga & Vizzotto, 2002-2003).

Partindo do conceito de saúde, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2007), percebemos que é amplo e deve ser definido como um fator resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Este processo aponta para uma concepção em que saúde não se reduz à ausência de doenças, e sim a uma vida com qualidade.

Podemos acompanhar que desde 1992, o MS (2007), prevê em sua portaria nº 224/92 serviços condizentes com a nova política de saúde mental. Essa portaria regulamenta os seguintes atendimentos: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é utilizado como intermediário entre o hospital psiquiátrico e o atendimento no ambulatório; a Oficina Terapêutica (OT) que se caracteriza por ser um espaço onde se desenvolvem atividades grupais de expressão e inserção social; a Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde (UBS), que exige uma equipe mínima composta por: psicólogo, assistente social e psiquiatra; o Ambulatório de Especialidade que exige a composição completa de equipe multidisciplinar; e a Residência Terapêutica, para pacientes que receberam alta do hospital psiquiátrico.

Em 2001, foi aprovada a lei 10.216, conhecida como a lei da reforma do modelo assistencial, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e ainda, redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei e as portarias subseqüentes do MS (2007) determinam a progressiva desinstitucionalização e desospitalização das pessoas com sofrimento psíquico, levando os antigos manicômios a serem substituídos por serviços de saúde mental, os quais devem seguir a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, prevista na lei federal que instituiu o SUS.

Apesar de ser um processo lento e com desafios e dificuldades, há conquistas, que têm estimulado a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, como forma de garantir os direitos dos usuários com transtornos mentais (MS, 2007). Neste novo modelo de cuidado, há mudanças no tratamento dos usuários, o qual: passa a ser humanizado; há a disposição de equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico; os usuários adquirem

também o papel de agentes no próprio tratamento; e conquistam o direito de se organizar em associações e cooperativas, promovendo a inserção social de seus membros.

De acordo com a orientação do MS e com a tendência mundial das reformas psiquiátricas, os atendimentos são realizados, predominantemente, em grupos nos CAPS pelo intercâmbio inédito que o grupo proporciona a seus integrantes, possibilitando a improvisação de novos modos de relação.

Para acompanhar o processo da saúde em geral foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) de atenção e gestão no SUS, conhecida como Humaniza SUS. De acordo com essa diretriz, a humanização na área da saúde se remete às seguintes propostas: ética - todos passam a ser co-responsáveis, trabalhadores e usuários, pelas ações em saúde; estética - busca abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo; política - organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS.

Segundo Antunes e Queiroz (2007) o processo de humanização da saúde originou-se nos movimentos de reformas sanitárias, pela conquista de uma ampliação no conceito de saúde, que passou a incorporar entre seus determinantes, as condições de vida, e a deslocar no sentido da comunidade, a assistência que era focada como médico-hospitalar, no processo de atenção à saúde.

Perspectiva Multiprofissional no Trabalho em Equipe

De acordo com a PNH, para que ocorra, de fato, a humanização na saúde, é necessário que se construam e se mantenham espaços de reflexão e de transformação constantes das práticas profissionais e que por meio de decisões compartilhadas, a equipe possa se nutrir para novos desafios. Um dos princípios norteadores dessa política é, justamente, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e a gestão do trabalho em saúde. O Ministério propõe a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo-os e valorizando-os na sua motivação, no autodesenvolvimento e no crescimento profissional.

A questão do trabalho em equipe multiprofissional, por sua vez, já era enfatizado por Basaglia (1985) em suas críticas à instituição manicomial. A ênfase de sua proposta envolvia a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços

compostos por equipes multiprofissionais, capazes de responder às necessidades de ser e de integridade dos seres humanos.

Saúde é um fenômeno integral que só pode ser acessível a um conjunto de especialidades em constante interação e diálogo. Por isso, é cada vez mais crescente a necessidade e a busca por abordagens humanizadas às pessoas em sofrimento por parte dos profissionais de saúde que as assistem. Portanto, a abordagem multidisciplinar é a que mais se aproxima da visão da complexidade que caracteriza os cuidados em saúde, numa tentativa de superação do enfoque biomédico, remediativo e fragmentado.

Antunes e Queiroz (2007) também descrevem que a perspectiva multiprofissional reside na concepção de que o conhecimento sobre o ser humano se processa em campos ampliados, e não em mundos particulares e isolados. Desse modo, a proposta de um novo paradigma assistencial conduz o profissional a reflexões sobre a prática, estimula novas formas de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental.

Crevelim e Peduzzi (2005) observam que, muitas vezes, o trabalho em equipe multiprofissional é tomado como uma organização a priori, já dada, devido ao fato de existirem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, sem se considerar a articulação dos trabalhos. Para as autoras, um trabalho integrado em equipe supõe a articulação das ações, a interação de seus agentes e flexibilidade da divisão do trabalho, além de existir complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e nos projetos comuns de ação.

Por isso, nos valendo das idéias de Moretto (2008), das quais compartilhamos, enfatizamos a importância da implementação de estratégias que favoreçam a articulação da equipe e das ações, exigindo a criação de espaços de reflexão com reuniões sistemáticas dos profissionais que compõem a equipe como recurso para integrar as diversas formas de sentir, pensar e agir acerca das práticas de atendimento.

Especificamente a respeito das reuniões de equipe, encontramos diversos estudos (Matumoto et al., 2005; Scherer et al., 2007; Moretto & Terzis, 2007) que ressaltam sua importância e que consideram as reuniões de equipes como promotoras da construção de um projeto de trabalho na perspectiva de possibilitar que as equipes analisem suas práticas e reflitam sobre como trabalhar. O espaço da reunião tem a função de ser um local de aprendizado e apropriação de um novo modelo de trabalho. Uma questão importante é

ampliar a capacidade de escuta da equipe, possibilitando o pensamento em conjunto de intervenções que possam ajudar os usuários a superar suas dificuldades. Parece-nos que o desafio diário é a construção de novos dispositivos de trabalho que possam, de fato, ajudar as pessoas a cuidar da saúde e a reorganizar suas vidas. Concordamos com Moura (2003) quando afirma que a reunião é um espaço instituinte, pois alimenta a capacidade de mudança e a criação de novas práticas institucionais.

2 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Apresentaremos algumas experiências da equipe que tem como alicerce a atual política de saúde mental e oferece um acompanhamento psicossocial interdisciplinar, em regime de CAPS. Por meio de um convênio firmado com o SUS pela Prefeitura e uma instituição de saúde em Julho de 2009, tal instituição passou a receber uma verba para realizar seus atendimentos. Essa parceria foi possível através da implementação da PNH do SUS.

De acordo com o MS (2000), “um CAPS (...) é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (...), realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (p. 13).

Dessa maneira, o atendimento desenvolvido busca proporcionar aos usuários e seus familiares condições para a integração, desenvolvimento e fortalecimento nos planos físico, emocional, cognitivo e social. A equipe tem por objetivo viabilizar a socialização, a cooperação e a cidadania, estimula a construção da individualidade, do autocontrole, da autoestima e da independência dos pacientes.

Os profissionais sustentam os diversos atendimentos como forma de tratar, construir e preservar as relações interpessoais, indispensáveis ao desenvolvimento do paciente. Desenvolvem atividades de acompanhamento psicossocial de forma intensiva, na expectativa de que os usuários possam se tratar, mantendo seus vínculos com a família e a comunidade.

Os atendimentos em grupo ampliam o seu campo de atuação ao considerar as relações entre os sujeitos, que se constituem nos múltiplos vínculos que pertencem. A realização de seu potencial constitui-se na medida em que as relações em seu interior estimulam em seus participantes a constante produção de novos vínculos e pertenças e, dessa forma, de sujeitos.

Os pacientes realizam o tratamento em regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Os intensivos freqüentam o serviço no mínimo 3 vezes por semana, os semi-intensivos realizam o acompanhamento pelo menos 1 vez por semana e os não intensivos freqüentam o serviço pelo menos 1 vez ao mês.

Os pacientes são encaminhados para o CAPS pelas Unidades Básicas de Saúde do Município. A instituição também oferece o acolhimento conhecido como *Porta Aberta*, onde se trabalha com profissionais para o atendimento em caráter de plantão. Concordamos com Campos (1999) quando defende o *vínculo de acolhida* e o ato da equipe se *responsabilizar* como diretrizes que deveriam sobre determinar todo o desenho do modelo assistencial. O autor ressalta, ainda, que o termo *acolhimento* deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática tradicional, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região.

A inserção de cada paciente nos atendimentos grupais é feita respeitando o horário de preferência da pessoa, bem como sua idade e quadro psicopatológico. Em todas as atividades, um ponto valorizado é o papel desempenhado pelo paciente enquanto agente do seu próprio tratamento, bem como dos outros participantes dos grupos, que torna a atuação terapêutica mais eficiente. Para que isto ocorra, a equipe de atendimento propicia a participação ativa dos pacientes no processo de seu próprio desenvolvimento emocional.

Os atendimentos foram iniciados em agosto de 2009 e a assistência já totaliza 37 grupos terapêuticos, coordenados por 6 psicólogos, com a participação de aproximadamente 400 usuários, de ambos os sexos, residentes no município. A instituição atende adultos a partir de 18 anos e seus familiares (membros da família, responsáveis ou participantes significativos da rede social), portadores de diversos tipos de transtornos psíquicos, tais como: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotímicos, Transtornos Delirantes, Episódio Maníaco, Transtorno Afetivo Bipolar, Episódios Depressivos, Transtorno de Humor,

Persistente ou Outros Transtornos de Humor, Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com Estresse, Transtornos Somatoformes, Transtornos de Personalidade e do Comportamento do Adulto, com exceção apenas dos quadros de Deficiência Mental Grave ou Profunda.

A equipe técnica é constituída por: 7 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 3 Psiquiatras, 1 Assistente Social, 1 Auxiliar de Enfermagem, 1 Educador Físico e 2 Oficineiros (profissionais de nível médio), 1 auxiliar de limpeza e 2 atendentes.

O número de participantes do grupo psicoterapêutico de nosso serviço compreende em média 10 pessoas, seguindo as características de grupos abertos (com a entrada de novos integrantes quando há vagas). A freqüência do grupo é semanal, e as sessões duram em média, 1 hora e 15 minutos. Ao fim do atendimento é fornecido um lanche com a participação do terapeuta e todos os integrantes do grupo.

Além dos grupos psicoterapêuticos, acontecem na instituição Oficinas Terapêuticas coordenadas por uma Terapeuta Ocupacional. Tal atendimento dispõe de uma observação ativa com o objetivo de encontrar os caminhos possíveis de intervenção na relação do paciente com os materiais, pois estes são considerados os meios para seu discurso; também viabiliza a re-construção da história da pessoa que, muitas vezes, está sofrendo uma experiência de descontinuidade e fragmentação de sua vida familiar, afetiva e social. Na Terapia Ocupacional (TO), a reabilitação é um processo de construção, é um exercício de cidadania e, também, de contratualidade entre a casa, a rede social e o trabalho.

No CAPS, desenvolvemos diversas atividades nas 19 oficinas terapêuticas (compostas em média de 15 pacientes cada), as quais ocorrem semanalmente, com a duração de 1 hora e 15 minutos, tais como: 4 de esportes, 4 de biscuit, 2 de fuxico, 1 de bordado, 2 de reciclagem, 1 de crochê, 1 de jogos, 4 de pintura e passeios culturais. Tem como meta focar a história de vida ocupacional, o cuidado pessoal, o desenvolvimento de habilidades, a mudança de hábitos, o auxílio na descoberta de formas de lazer e prazer. A atenção está voltada para as necessidades e interesses dos pacientes, expressas através da comunicação verbal e não-verbal. Enfim, as oficinas têm como objetivo reabilitar para que o paciente melhor desempenhe suas funções ocupacionais e mantenha sua rede social.

Sendo assim, a TO é uma área do conhecimento e uma profissão que se dedica a refletir, intervir e facilitar o fazer humano no contexto cotidiano do sujeito. Além dos outros

atendimentos oferecidos no CAPS, através da TO podemos verificar como os usuários vêm desempenhando as funções do dia a dia, sempre levando em consideração o contexto sócio-econômico-cultural de cada um.

Dentre os benefícios das oficinas terapêuticas, enfatizamos os efeitos positivos que os grupos proporcionam para os usuários. De acordo com Maximino (2001):

> "A Terapia Ocupacional, circundada de teorias provindas não só do campo da psicologia, mas também da Pedagogia, da Política e da Sociologia, e da Medicina, tem usado grupos para mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho, treinar para a vida em sociedade, recriar e abordar problemas de relacionamento, conscientizar, etc ." (p.19).

Os responsáveis também recebem esclarecimentos a respeito do atendimento realizado ao paciente e são feitas orientações que possam auxiliar no enfrentamento de problemas, bem como impulsionar comportamentos mais construtivos frente às dificuldades. Esses atendimentos são grupais e propiciam aos familiares um espaço para expor suas angústias e dúvidas, sendo auxiliados na compreensão das dificuldades da família e da situação do paciente.

A Instituição para manter o aspecto de humanização, garante espaços de reflexão, análise, revisão e transformação constantes das práticas e decisões, conforme enfatizamos na introdução deste trabalho.

A equipe conta com uma supervisão semanal, com duração de 2 horas, coordenada por uma psicóloga. Neste espaço de reflexão, a equipe elabora os projetos terapêuticos dos usuários, novas propostas de intervenção, discute casos individuais e grupais, além de ser um espaço de acolhimento das angústias dos profissionais da equipe.

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que, para que ocorra, de fato, a humanização na saúde, é necessário que se construa e se mantenha espaços de reflexão e que por meio de decisões compartilhadas, a equipe multiprofissional possa se nutrir para novos desafios.

Acreditamos que, com essa experiência, constatamos que as reuniões da equipe sensibilizam os participantes quanto às vivências emocionais no trabalho, possibilitam a expressão das tensões e ansiedades, auxilia os integrantes a suportar a rotina de trabalho, amplia a percepção e as possibilidades de idéias e soluções novas.

Com todo esse acolhimento os profissionais desenvolvem seus trabalhos com mais confiança e a boa interação desses, com uma relação de respeito e valorização mútua, gera-se uma melhor estruturação e organização diante dos usuários. Esses podem observar e se sentir mais seguros e confiantes no tratamento, pois conforme consideramos, alguns usuários já estão começando a encontrar seu papel e sua função social, tornando-se mais participativo e integrado na comunidade.

Finalizando, consideramos que nossa experiência pode servir de referência para instituições de saúde e fundamentar ações, incentivando a prática de reuniões de equipe, pois alerta para a necessidade de cuidados com aqueles profissionais que exercem a atividade de cuidar de outro ser humano.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A Configuração Da Reforma Psiquiátrica Em Contexto Local No Brasil: uma análise qualitativa. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 4(2):393-403, 1999.

COGA, S. & VIZZOTTO, M.M. Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da Psicologia neste contexto. Psicólogo inFormação, São Bernardo do Campo, ano 6/7, nº 6/7. UMESP, 2002-2003.

CREVELIM, M. A. PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 10(2):000-000, 2005.

MATUMOTO, S., FORTUNA, C. M., MISHIMA, S. M., PEREIRA, M.J. B., DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface, Ribeirão Preto, Vol.9, n.16, 9-24, 2005.

MAXIMINO, Viviane Santalúcia: “Grupos de Atividades com Pacientes Psicóticos”. São José dos Campos. Univap, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE http://www.caxias.rs.gov.br/conselhos/saude/. Acesso em 08/10/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. http://www.saude.gov.br/humanizasus. Acesso em 08/10/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MORETTO, C.C. Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC – Campinas, 2008.

MORETTO, C.C. TERZIS, A. A humanização na área de saúde mental pública: uma revisão teórica de trabalhos com equipes multiprofissionais. Anais do VIII Simpósio CEFAS e Jornada FLAPAG, Campinas, 2007.

MOURA, A.H. A psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec, 2003.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P.; CAMPOS, M. A. Percepções Sobre Coordenação E Funcionamento De Reuniões De Equipe Geral De Um Hospital-Dia Psiquiátrico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007.

Nome: cybe carolina moretto
Tel.: 15-97091160
Email: cybele.moretto@ig.com.br
Cidade: sorocaba
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro

POSTER 41

.

A DEPRESSÃO EM MULHERES PORTADORAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Sérgio Spezzia[108]
Cintia Silvestroni Limberte,
Elizy Salete de Jesus Calheiros
João Munhoz[109]

A depressão é uma enfermidade psíquica, comum em todas fases da vida da mulher. A prevalência de depressão e disfunção temporomandibular será maior no sexo feminino. Relacionado a disfunção temporomandibular predominará em mulheres na fase reprodutiva. Essa disfunção pode ser acompanhada de dor e por fatores psicológicos, além de problemas comportamentais,dentre os quais, depressão, contribuindo possivelmente para estabelecimento e manutenção dessa dor. O tratamento realizado na disfunção terá caráter multidisciplinar: psicológico, odontológico, médico, fisioterápico, fonoaudiológico. Sob o aspecto psicológico, procede-se ao tratamento de fatores comportamentais e emocionais. A funcionalidade da terapia utilizada, basear-se-à em modificar comportamentos desencadeadores da dor, caso esteja presente e desenvolver estratégias para enfrentamento dessa dor. O objetivo deste trabalho, refere-se à importância do tratamento da depressão, empregando-se para tal, psicoterapia, oportunamente, podendo-se coadjuvar tratamento psiquiátrico, utilizando antidepressivos. Pode-se optar pela terapia cognitiva comportamental com ênfoque no auto-controle das pacientes, dentre outros. Convém ressaltar, que técnicas e modelos utilizados serão individualizados para cada paciente. Conclui-se que o tratamento realizado ajudará a reduzir a incapacidade funcional e melhorará a qualidade de vida dessas mulheres.

Palavras-Chave : Depressão, Disfunção Temporomandibular, Qualidade de Vida.

1. Introdução :

A disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de distúrbios articulares

[108] .Cirurgião Dentista e aluno do curso de especialização em Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;
[109] Psicólogos e alunos do curso de especialização em Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

e musculares na região orofacial e músculos da mastigação. Muitas disfunções temporomandibulares (DTM) crônicas têm a dor como sintoma e

queixa principal, e a qualidade de vida das pacientes com DTM está diretamente relacionada com o controle da dor orofacial. O termo “dor orofacial” abrange as dores que ocorrem nas regiões facial (da linha orbitária até o pescoço e anteriormente às orelhas) e oral (dentro da boca). Possui prevalência no sexo feminino e acomete principalmente mulheres na fase reprodutiva(menacme).

As mulheres são tidas como fator predisponente para DTM pelas características das suas estruturas ligamentares.

Estudos revelam a presença de receptores de estrogênio, destacadamente na ATM(articulação temporomandibular) de pacientes do gênero feminino com disfunção temporomandibular, concomitantemente apresentando aumento dos níveis séricos de estrogênio.

A DTM comumente representa causa de debilidade física e psicológica. As mulheres com sintomatologia de DTM podem apresentar : depressão,ansiedade e estress pela constância de manifestações, possivelmente presentes de dor e desconforto.

A depressão, por sua vez,configura-se como uma enfermidade psíquica comum em todas as fases da vida da mulher. A patologia “depressão” não escolhe raça, nem condição sócio-econômica e é um dos distúrbios que mais aflige pessoas pelo mundo. Contitui parte inerente do cotidiano da clínica médica e psicológica, fato que denota a importância do atendimento adequado. A depressão feminina exige abordagem íntegra de fatores biológicos, sociais, culturais e da personalidade da mulher. Convém salientar, que alguns dos traços da personalidade, em voga, podem piorar o quadro da doença mental.

Caracteriza-se por possuir gravidade e causar sofrimento ao portador, familiares e amigos. Dependendo da intensidade e freqüência dos sintomas, classifica-se como : leve, moderada e grave. O “gatilho” da depressão na mulher é mais de ordem psicoafetiva, havendo “gatilho” hormonal nos períodos críticos do ciclo reprodutivo feminino. Mulheres deprimidas tem maior chance de ter menopausa precoce e deve-se ficar alerta para risco de depressão na perimenopausa (cinco anos antes da menopausa ter início).

2. Revisão de Literatura :

A DTM frequentemente acha-se acompanhada de fatores psicológicos e problemas comportamentais, tais como : depressão e ansiedade, que podem contribuir para o estabelecimento e manutenção da dor muscular. Muitos fatores comportamentais contribuem para a predisposição, início e perpetuação da DTM. A psicologia contribuirá com o tratamento dos fatores comportamentais e emocionais relacionados a DTM (ansiedade e depressão). A DTM pode apresentar dor, frequentemente acompanhada por fatores comportamentais, os quais, poderão atuar, contribuindo para estabelecimento e manutenção dessa dor. Poderá ocorrer problema significante de dor em que a gravidade,persistência e disfunções psicológicas ou comportamentais atuariam, similarmente, comparando-se ao sofrimento provocado em outras partes do corpo.

O fator psicológico terá extrema importância na DTM, principalmente relacionado a dor facial, responsável pela produção de hiperatividade muscular, que irá produzir tensão, que irá produzir estress, causando depressão, depressão esta que irá aumentar a atividade muscular, causando,por conseguinte, um “ciclo vicioso” de dor-tensão-dor. Atividades funcionais e qualidade de vida são aspectos utilizados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida das pacientes, assim como suas relações sociais. As dores crônicas produzem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem atenção na avaliação clínica e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por meio de tratamentos terapêuticos.

O tratamento da DTM será multidisciplinar : psicológico, odontológico, médico, fisioterápico e fonoaudiológico. O objetivo do tratamento psicológico é o de alterar comportamentos desencadeadores e agravantes dos sintomas, além de desenvolver estratégias para o enfrentamento dessa dor ,se presente. Dois sintomas serão fundamentais para o diagnóstico de depressão : humor deprimido e perda de prazer em todas as atividades habituais; podendo estar presentes ainda, outros sintomas, dentre os quais : perda ou ganho de peso significativa; insônia ou hiperinsônia; retardo ou agitação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou excessiva e inapropriada culpa; diminuição da capacidade de atenção e concentração; insegurança, pensamentos recorrentes de morte ou idéias suicidas. Os sintomas emocionais dividem-se em : tristeza, perda de interesse, sentimentos de culpa e irritabilidade. Serão considerados sintomas físicos : falta de energia, mudanças do apetite, distúrbios do sono e concentração, alteração da capacidade

psicomotora.

O tratamento psicológico da depressão, fundamentalmente, basear-se-à na psicoterapia, oportunamente, podendo-se coadjuvar tratamento psiquiátrico, através de antidepressivos. Todos os modelos e técnicas empregados serão individualizados para cada paciente. O reconhecimento e tratamento adequado dos casos clínicos contribuem para a prevenção de complicações e aparecimento de novos episódios depressivos, assim como para melhor resposta aos tratamentos clínicos e maior adesão terapêutica. Deverá haver remissão completa dos sintomas. O sucesso do tratamento realizado estará relacionado a avaliação clínica inicial e ao diagnóstico.

Relacionado ao tratamento psicoterápico será feito por intermédio de palavras entre paciente e terapeuta, podendo-se optar pelo tratamento farmacológico, conforme citado acima.

Contituem-se como intervenções psicoterápicas : psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental,cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família.

Optar-se-à pela terapia cognitiva comportamental, forma de terapia que tem sido muito recomendada para tratamento de depressão. Esse modelo de psicoterapia tem como um de seus objetivos focar o auto-controle das pacientes, além do treinamento de habilidades sociais. Pode-se utilizar,ainda monitoramento e controle de pensamentos automáticos negativos, com testagens de pensamentos, dentre outros procedimentos.

3. Conclusões :

O tratamento psicológico realizado ajudará a reduzir a incapacidade funcional e melhorará a qualidade de vida dessas mulheres.

4. Referências Bibliográficas :

BARROS JJ, RODE SM. Tratamento das disfunções craniomandibulares – ATM. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1995.

CARVALHO, L.P.M.; PIVA, M.R.; SANTOS, T.S.; RIBEIRO, C.F.; ARAÚJO, C.R.F.SOUZA, L.B. Estadiamento Clínico da Disfunção Temporomandibular : estudo de 30 Casos. Odont. Clín. Cientif., 7(1) : 47-52,2008.

;

JOHN MT, REISSMAN DR, SCHIERZ O, WASSELL RW. Oral health-related qualityof life in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2007;21(1)46-54.

MALUF, S. A.; MORENO, B. G. D.; ALFREDO, P. P.;MARQUES, A. P.;RODRIGUES, G. Exercícios Terapêuticos nas Desordens Temporomandibulares : uma Revisão de Literatura. Fisioter. Pesq. 15 (4) : 408-15,out./dez 2008.

MORENO, B.G.D.; MALUF, A.; MARQUES, A.P.; CRIVELLO-JÚNIOR. Clinical and quality-of-life assessment among women with temporomandibular disorder. Rev. Bras. Fisioter. 13 (3) : 210-214, may/june 2009.

OKESON JP. Dores Bucofaciais de Bell. 5ª. ed. São Paulo: Quintessence; 1998.

OLIVEIRA AS. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). Braz J Oral Sci 2005:4(12):246-50.

SCARPELLI, P. B. Análise do Comportamento de Dor em Disfunção Temporomandibular. Dissertação Apresentada para Obtenção do Título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências de Vida da PUC-Campinas, 2007.

SELAIMEN, C.; BRILHANTE, D.P.; GROSSI, M.L.; GROSSI, P.K. Avaliação da Depressão e de Testes Neuropsicológicos em Pacientes com Desordens Temporomandibulares. Cienc. & Saúde Col. C62 (12) : 06-12 ,2007.

SOARES, J. M. N.; POLETTO, L.T.A.; NAVES, M.D.; BRAGA, L.L.C. Efeito da Alteração Comportamental Cognitiva e do Alongamento dos Músculos Elevadores da Mandíbula no Tratamento das Dores Orofaciais de Origem Músculo Esquelética. Arq. Odont. 43 (4) : 115-124 / Fac. Odont. UFMG , out/dez 2007.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da Depressão. Rev. Bras. Psiquiatr. 21 (s1) :18-23 ,may/1999.

TOLEDO, B.A.S.; CAPOTE, T.S.O.; CAMPOS, J.A.D.B. Associação entre Disfunção Temporomandibular e Depressão. Cienc. Odont. Bras. 11(4)75-79, 2008.

Nome: Sérgio Spezzia

Tel.: 11 22156171

Email: sergiospezzia@hotmail.com

Cidade: São Paulo

Estado: SP

Cursando:

;

POSTER 42

ESTRESSE LABORAL EM GERENTES DE INSTITUIÇÃO BANCÁRIA: UM NOVO OLHAR

Neide Maria Aranha [110]
Dinael Corrêa de Campos [111]

RESUMO

O crescente aumento na área de serviços e as fortes mudanças ocorridas no setor bancário impostas pelas inovações tecnológicas, planos econômicos, necessidades dos clientes, alterou significativamente o perfil do bancário. Através deste estudo buscou-se entender o fenômeno do estresse organizacional, tomando por base essa área. A presente pesquisa, utilizando o método de análise qualitativa, procurou compreender como os gerentes de uma instituição bancária compreendem o estresse laboral em seu dia-a-dia. Foram entrevistados 07 gerentes de uma instituição financeira de grande porte, escolhidos através de amostra aleatória simples. Foi utilizado como instrumento, um questionário com 06 perguntas abertas. A análise do discurso contou com a participação de juízes cegos que ressaltaram o que julgaram mais expressivo em cada resposta. O resultado demonstrou que o fator mais impactante para aumento do estresse é o relacionamento interpessoal com a própria equipe de trabalho. As formas de enfrentamento do estresse ficam por conta de medidas paliativas e individuais, sem a participação da organização, que deveria ser parte interessada no assunto, até porque reduziria os prejuízos causados por esse mal.

Palavras-chaves: Estresse, Estresse Laboral, Bancos, Gerentes de instituição bancária.

INTRODUÇÃO

A vida em nosso planeta tem passado por grandes transformações: globalização, avanços tecnológicos, *internet,* alta concorrência no mercado de trabalho, guerras, enfim, uma série de mudanças que influem em nosso dia-a-dia e na qualidade de nossas vidas.

[110] Graduanda do curso de Psicologia na Universidade São Francisco
[111] Professor Coordenador do curso de Psicologia da Universidade São Francisco, Doutor em Psicologia e Orientador

No Brasil, assim como em diversos outros países, essas mudanças são sentidas, também, pelo aumento no nível de estresse da população. Estresse, uma palavra que se tornou tão corriqueira no nosso meio, que nem sempre damos a devida importância aos seus sintomas ou conseqüências.

De conotação negativa, esse termo está ligado ao nosso modo de vida, a nossa maneira de ser. Não é algo novo, mas sua presença está sendo mais notada de alguns anos para cá, inclusive no mercado de trabalho, onde as exigências são cada vez maiores. Torna-se cada vez mais premente acompanhar as mudanças, manter-se atualizado, desenvolver habilidades pessoais, tais como, flexibilidade, facilidade para trabalhar em grupo, gerenciamento de dificuldades, liderança. Conhecimentos em tecnologia e/ou em áreas específicas também são esperados. E como conciliar todas essas necessidades com o corre-corre do dia-a-dia, o trânsito caótico dos grandes centros, a família, os amigos, o lazer? Se a tecnologia veio para facilitar nossas vidas, porque estamos cada vez mais sem tempo para nós mesmos?

Nos últimos 30/40 anos, mudanças culturais nas empresas foram necessárias para que estas sobrevivessem. A *internet*, os *e-mails*, o celular, tornaram a comunicação muito mais rápida e eficaz. Toda essa revolução exigiu mudanças no perfil dos empregados, para que acompanhassem essa evolução. Não se pode ignorar que toda evolução tem um custo. Parte do custo que se paga hoje está relacionado ao modo de vida e qualidade das relações, inclusive no ambiente profissional. O estresse é uma parte dele.

CONCEITUAÇÃO TEÓRICA

O termo "*stress*", na engenharia, era utilizado para designar forças que atuam contra determinada resistência (SELYE, 1965, p. 45ss). Para a física, significa tensão. Selye, em suas pesquisas com animais, o transpôs para a medicina a fim de expressar um "estado manifestado por um síndrome específico, constituído por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico". Como endocrinologista, suas pesquisas inicialmente visavam à descoberta de um novo hormônio nos ovários. Ao analisar as alterações físicas ocorridas nos ratos, após a exposição a "agentes nocivos", Selye observou que dependendo da exposição o organismo passava por três estágios de

adaptação, sendo que o último poderia levar à morte; a esses estágios denominou de Síndrome Geral de Adaptação, conhecida como estresse.

Ferraz (2007, p. 19) discrimina cada fase, da seguinte maneira:

> "ALARME: o organismo como um todo libera substâncias químicas e altera a sua forma para enfrentar o agente estressor. O organismo se prepara para lutar ou fugir.
> ENFRENTAMENTO: segunda fase e se caracteriza pela construção de atitudes adequadas para superar o agente estressor [...]
> EXAUSTÃO: é a terceira fase, em que a capacidade imunológica do organismo fica reduzida, aumentando a possibilidade de aparecimento de doenças."

Selye afirma que o estresse está presente em todas nossas atividades. No prefácio de seu livro escreve que "o *stress* não é necessariamente danoso; é o sal da vida, pois qualquer emoção, qualquer atividade causa *stress*" (SELYE, 1965, p. XIII).

Lipp (2007, p. 19) considera o estresse como "uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa" (LIPP, *apud* FIGUEIRAS E HIPPERT, 2007, p. 115).

Essa definição é muito parecida com a de Ferreira (1999, p. 843), para quem o "estresse é um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase".

Nota-se que o estresse atua no organismo tanto física como emocionalmente. Desta forma, dependendo do grau de estresse, o homem pode ter todas as esferas de sua vida comprometidas. Para Lipp (2007), uma pessoa estressada pode afetar outras, seja na família, no ambiente profissional, no transito, tornando-se "contagioso".

De acordo com essa autora, não é apenas um sintoma como uma dor de cabeça ou de estomago que definem uma pessoa estressada, mas a soma de vários fatores e a freqüência com que se apresentam é que pode indicar a presença do estresse. Impaciência, falta de ânimo, cansaço, nervosismo, dores em geral e até o câncer podem ser indícios de que uma carga excessiva de estressores ,somatizando-se. Ressalte-se, no entanto, que na visão de Lipp (2007, p. 19) "o *stress* não "causa" estas doenças, mas sim propicia o seu desenvolvimento porque enfraquece o organismo e reduz sua resistência".

Estressor é todo evento, todo estímulo, que provoca uma adaptação do organismo a determinadas situações. Esses eventos podem ser positivos ou negativos. Casamento, entrada na universidade, são exemplos de situações positivamente estressantes. Ambas envolvem mudança de vida, conquistas, realizações, enfim, motivações para a mudança. Já em situações como a perda de um ente querido, não entrar na faculdade, divórcio, o estresse estará presente de forma negativa, pois envolve frustração, ansiedades, medos, luto, enfim, sentimentos negativos.

Quando o estresse é entendido como positivo, motivador, é chamado de *eustress*. Já o estresse negativo é chamado de *distress.* Em ambos os casos, as reações fisiológicas são basicamente as mesmas: aumento do batimento cardíaco, suor e um nó no estomago (KRUMM, 2005, p. 279). Positivo ou negativo, o que pode trazer problemas é o acúmulo, por um longo período, desse estado de tensão.

ESTRESSE ORGANIZACIONAL

Se o estresse está presente em todas as atividades (SELYE, 1965), certamente também o estará dentro de um ambiente de trabalho. O *distress* poderá ocorrer em função do excesso de tarefas e responsabilidades, nas relações com os colegas e superiores, em função da competitividade, etc. Dependendo da relação que o individuo tem com o ambiente organizacional algumas defesas podem ser acionadas, sendo a doença uma forma de expressão daquilo que o individuo não consegue lidar.

Já um ambiente organizacional saudável pode fazer com que os indivíduos enfrentem as dificuldades com mais serenidade e menos angústias. Metas, desafios, prazos curtos, podem se entendidas como motivação, provocando no indivíduo vontade de lutar e vencer (*eustress)*. Tudo depende da forma como avaliam a situação.

Uma questão que precisa ser colocada é a importância de se analisar o assunto dentro de uma organização: altos níveis de estresse organizacional podem provocar aumento no absenteísmo, baixa produtividade, elevado custo médico. Os prejuízos são enormes e nem sempre medidos. De acordo com Krum (2005, p. 280) *"*a taxa de absenteísmo por casos de *stress* é quatro vezes mais alta que a taxa de faltas por todas as outras lesões e doenças não-fatais*".* Apenas esse dado já deveria ser um interessante ponto

de partida para que as organizações busquem reduzir ou amenizar o que alguns consideram como “doença do século” ou epidemia.

Análise de clima organizacional, distribuição de tarefas, ambigüidade de papéis, responsabilidades, excesso de carga horária, são itens que podem servir de base para a compreensão do que ocorre dentro da organização. As organizações são formadas por indivíduos e cada um ao mesmo tempo em que doa um pouco de si, dos seus saberes e valores, para a empresa, introjeta, também, os valores desta.

A doença, no caso o estresse, pode ser entendida não apenas como um problema do individuo, mas também, como um sintoma de uma “organização desorganizada”, doente. Dirigentes arrogantes, extremamente autoritários, que vêem o empregado apenas como um cartão de ponto, que gerenciam de uma maneira desumana, criam um clima de medo e insegurança. Essa forma de gerenciar reflete na saúde de empresa. Para Kets de Vries e Miller (*apud* BERGAMINI e TASSINARI, 2008, p. 48 ss) “a configuração de uma organização reflete de forma bastante próxima a estrutura psicodinâmica da neurose de seus dirigentes”. Empresa e empregados formam um corpo, um todo, e como tal deve ser analisado.

Um tipo de organização que sofreu grandes mudanças nos últimos anos foi o setor bancário. As inovações tecnológicas (novos computadores, forma de armazenamento de informação, velocidade de informação, *Internet*, etc), aliadas aos vários planos econômicos, a abertura de mercado e forte concorrência interna e externa, exigiram dos bancos e dos bancários adaptações que culminaram em mudanças comportamentais de seus empregados, os quais passaram de uma postura passiva, reativa, frente às necessidades dos clientes, para uma postura pró-ativa, em busca e manutenção de novos clientes, razão de ser do setor de serviços em geral.

Buscando compreender a influencia dessas mudanças e o estresse laboral na categoria bancária, realizou-se uma pesquisa de campo, utilizando o método de análise qualitativa. A população escolhida foram os gerentes, que trabalham diretamente com o público.

METODOLOGIA

Participantes

07 gerentes de uma instituição financeira bancária, com idade média de 39 anos e 06 meses, sendo que a menor idade corresponde a 28 anos e a maior a 51 anos. Dos 07

gerentes, 05 são do sexo masculino e duas do sexo feminino. O tempo médio de função é de 09 anos e 05 meses, sendo que o gerente com menor tempo de função a exerce há 04 anos e o de maior tempo na função a exerce há 17 anos.

Local

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho de cada participante, ou seja, na agência bancária onde estavam lotados quando da coleta dos dados.

Instrumento

Foi utilizado um questionário com 06 questões abertas, sem tempo definido para resposta, cujas questões seguem abaixo:

1 – Como você julga/classifica seu trabalho diário?

2 – Relate o que você julga ser um sintoma de estresse.

3 – Segundo LIPP, estresse é um processo, uma condição de desequilíbrio físico e mental, podendo ser positivo ou negativo, causado por momentos de tensão excessiva, que, em doses elevadas, pode causar de uma simples dor de cabeça, ou irritação, até doenças mais graves como a depressão. Com base nesse conceito, você identifica situações de estresse em seu trabalho? Se sim, como você lida com essas situações?

4 – Qual(is) item(ns) você considera estressante em seu trabalho?

5 – Como você avalia o mercado de trabalho?

6 – Você está preparado(a) para exercer uma outra função fora do banco?

Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética e autorização da instituição escolhida, deu-se ao sorteio dos participantes, através de amostra aleatória simples. As entrevistas foram gravadas e transcritas em arquivos no formato *word*, sendo impressas e enviadas para juizes cegos, da área de psicologia, que ressaltaram o que julgaram de mais relevante em cada resposta. Após, foi feita uma tabulação com todos os destaques dos juízes cegos, criando-se categorias. As categorias que mais se sobressaíram foram analisadas

individualmente. Cabe ressaltar que os juízes cegos ratificaram as categorias. Foi utilizada a analise de conteúdo para análise das respostas.

Resultados e Análise dos Resultados

A tabulação das respostas destacadas gerou as seguintes categorias:

Questão 1 – DINÂMICO e ESTRESSANTE (houve empate em duas categorias)

Questão 2 – SINTOMAS EMOCIONAIS

Questão 3 – GESTÃO EFICIENTE

Questão 4 – GESTÃO DE PESSOAS

Questão 5 – QUALIFICAÇÃO

Questão 6 – CONFIANÇA

A primeira questão buscou verificar a compreensão do trabalho para o empregado, a sua visão, o seu significado. Observa-se que duas categorizações se destacaram: Dinamismo e Estressante. Se verificarmos no dicionário (FERREIRA, 1999, p. 684), a palavra dinamismo possui um significado de “diligência ou atividade intensa; espírito empreendedor”. Possui uma conotação positiva, já que impulsiona o empregado em novas descobertas, novas conquistas. Por outro lado, enquanto “atividade intensa”, pode ser uma causa geradora de estresse, no sentido de que o empregado pode “não dar conta” de tudo o que tem pra fazer, gerando certa frustração, que, se constante, “funciona como um elemento fortemente desestruturante” (ZIMERMAN, 2001, p. 161).

A segunda questão buscou verificar como o que os participantes entendiam como sintomas de estresse. Prevaleceu nesta questão a tematização “sintomas emocionais”, ou seja, o estresse é mais percebido por sentimentos de ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, medo, irritabilidade (fontes internas). Os sintomas físicos como dores em geral foram mencionados, mas em uma escala menor.

A terceira questão procurou compreender como os entrevistados enfrentam o estresse. A categorização “gestão eficiente” englobou temas como “tentativas de equilibrar as coisas, de conter-se, o procurar acalmar-se, a busca pela separação do trabalho da vida particular, dentre outras”. Observou-se que cada individuo, dentro de suas possibilidades,

busca formas que podemos chamar de paliativas, para amenizar o problema. Isso pode ser corroborado pela fala de um participante que busca “uma gestão, assim, eficiente pra não deixar a coisa se agravar”. Cada pessoa tem uma forma de reagir frente a um mesmo estressor. Isso dependerá de fatores como história de vida, personalidade, resiliência, vínculos afetivos, relações com figuras de autoridade, etc. Para Manonni (1980), a doença surge como um sintoma de algo reprimido, “não dito”, cujas raízes podem estar nos primeiros anos de vida, nas primeiras relações com o mundo. O estresse pode ser visto, então, como ponta de um *iceberg,* uma conseqüência e não a raiz do problema.

Com a quarta questão, buscou-se verificar o que o entrevistado identifica como fonte de estresse, prevalecendo o relacionamento interpessoal, categorizado como “gestão de pessoas”. De acordo com Arantes e Vieira (2002, p. 81) “As relações entre colegas, com os superiores e com os subordinados, conforme a estrutura organizacional, geram desgaste, levando o indivíduo a se refugiar no seu posto de trabalho e evitar contato para que não seja desestabilizado em seu desempenho”.

Trabalhar a equipe, o clima organizacional, a liderança, são fundamentais para um ambiente saudável. As causas podem estar na direção, sem dúvida, em função da forma como tratam os empregados, e da percepção destes em relação a como a empresa os enxerga: como pessoas ou mera forma de se obter lucros, sem se importar em quem é esse sujeito, qual sua história, seus limites, desejos. É bom lembrar que o estresse é gerado por um conjunto de fatores e não um único isolado. A questão da liderança, por exemplo, não foi avaliada, mas exerce forte influencia dentro de uma equipe. Ser chefe é muito diferente de ser líder.

As questões 05 e 06 procuraram verificar como o empregado avalia o mercado de trabalho e como anda sua qualificação para, eventualmente, disputar espaço nesse mercado. Para essas questões os entrevistados concluem que o mercado de trabalho atualmente é altamente competitivo, exigindo cada vez mais qualificação. Isso requer que se dedique mais tempo ao trabalho, reduzindo-o em outras áreas da vida. A maior parte acredita que, por ter uma formação específica em outra área, será possível exercer uma nova profissão. Essa é uma possibilidade e é importante ter “outras janelas abertas”. Quanto mais se trabalha naquilo que se gosta, quanto mais a representação do trabalho é “prazerosa”, mais fácil será lidar com as frustrações e desafios diários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças ocorridas na área financeira, mais especificamente na área bancária, transformaram o perfil necessário para se trabalhar nesse setor. Hoje o bancário é antes de tudo, um vendedor, um negociador. A pesquisa atingiu seus objetivos ao concluir que, diferentemente do que se esperava, as metas impostas pela instituição a esses gerentes não são a principal causa do estresse. O relacionamento interpessoal, especialmente com a equipe, foi apontado como elemento central gerador de estresse para os entrevistados. Uma organização é uma micro-sociedade onde estamos interligados; é uma rede, em que a atitude de um pode (e vai) afetar o comportamento do outro. Na área de serviços isso fica mais evidente. Gerenciar o estresse organizacional passa, certamente, por gerenciar a equipe.

As formas como os entrevistados lidam com o estresse momentaneamente resolvem o problema. São medidas paliativas. Alguns dos entrevistados nem sempre conseguem “se perceber” quando estressados. Ao contrário, algumas “falas” citam que a família, um colega, ou o marido os alertam para o fato. Trata-se o aqui e agora, as conseqüências e não a raiz do problema, que se buscaria através de uma psicoterapia.

Para a organização, abordar o assunto de maneira profunda, utilizando-se de instrumentos como análise de clima organizacional, por exemplo, pode auxiliá-la a adotar medidas preventivas que amenizem o problema. Esse não pode e não deve ser ignorado, uma vez que é causa de grandes prejuízos. Cabe a ambos, empresa e empregados, atuarem juntos para uma qualidade de vida melhor.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha, VIEIRA, Maria José Femenias. Estresse: clinica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERGAMINI, Cecilia Whitaker, TASSINARI, Rafael. Psicopatologia do comportamento organizacional: organizações desorganizadas, mas produtivas. São Paulo: Cengage Learning, 2008

BOOG, Gustavo e Magdalena (org.). Manual de gestão de pessoas e equipes. São Paulo: Editora Gente, 2002.

FERRAZ, José Fabiano. A gestão do s*tress* entre nós. São Paulo: LCTE Editora, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3 edição, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIRAS, Julio Cesar, HIPPERT, Maria Isabel, Estresse: possibilidades e limites *in* JACQUES, Maria da Graça, CODO, Wandeley (org). Saúde mental & trabalho: leituras. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007

KRUMM, Diane. J. Psicologia do trabalho: uma introdução à psicologia industrial/organizacional, Rio de Janeiro: LTC, 2005.

LIPP, Marilda Emannuel Novaes, *Stress* no trabalho: Implicações para a pessoa e para a empresa *in* SOBRINHO, Franciso Nunes (org). Pedagogia Organizacional. Rio de Janeiro: Zit Editora, 2005

MANNONI, Maud. A criança, sua "doença" e os outros. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
SELYE, Hans. A tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 2ª edição, 1965.

ZIMERMAN, David. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Inscricao Numero: 292

Nome: Neide Maria Aranha

Tel.: 1196295390

Email: neide.psyco@gmail.com

Cidade: São Paulo

Estado: SP

Cursando: Psicologia

Semestre: Decimo

Faculdade: Universidade São Francisco

POSTER 43

PERFIL COGNITIVO DE PESSOAS PORTADORAS DE SÍNDROME DE NOONAN

Carolina Rabello Padovani[112]
Francisco Baptista Assumpção Junior[113]

RESUMO

A síndrome de Noonan é uma doença autossômica dominante geneticamente heterogênea. Apesar de relativa alta prevalência, possui poucas informações referentes ao perfil cognitivo de seus portadores. Em literatura atual seus portadores são descritos com moderado prejuízo na cognição social em termos de reconhecimento das emoções e expressão do afeto (alexitimia), além de variável nível de inteligência. Em virtude da raridade de pesquisas na área psicológica acerca desta síndrome e, tomando por base recentes estudos, o presente projeto pretende esclarecer o perfil cognitivo de portadores da síndrome de Noonan visando a contribuir para o estabelecimento de seu fenótipo comportamental.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Noonan, perfil cognitivo, comportamento, genética.

I

NTRODUÇÃO

1a- Descrição e Incidência

A síndrome de Noonan (SN) é uma doença autossômica dominante geneticamente heterogênea com incidência estimada em 1:1.500 nascimentos vivos, embora 60% dos casos relatos venha a ser esporádica (VERHOEVEN et al., 2008).

1b - Histórico

[112] Mestranda do Programa de Pós Graduação do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP
[113] Professora Associado do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP – Coordenador do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Projeto Distúrbios do Desenvolvimento

Datada de 1883 e atribuída a Kobylinski, a primeira descrição da síndrome de Noonan partiu do caso de um paciente tuberculoso com várias características fenotípicas, com destaque para a presença de pescoço alado (*pterigium colli)* (VERHOEVEN et al., 2008; BERTOLA, 2006). Opitz e Pallister, em 1979, em um artigo de revisão, acrescentaram aspectos específicos de anomalias faciais por meio da análise de uma fotografia do paciente de Kobylinski (BERTOLA, 2006). A descrição mais clara, no entanto, ocorreu pela primeira vez em 1963, quando a Dra Jaqueline Noonan relatou casos de crianças com características faciais típicas, estenose pulmonar e baixa estatura (LEE et al., 2005).

Posteriores descrições de casos de familiares fomentaram evidências de que a SN seria uma doença genética com padrão de herança autossômica dominante com transmissão vertical de pai para filho (BERTOLA, 2006). Em 1994, o gene para SN foi localizado no braço longo do cromossomo 12 (VERHOEVEN et al., 2008). Alguns anos mais tarde, mostrou-se a heterogeneidade genética da síndrome com a descoberta de mutações no gene *PTPN11*(12, q24.1), presente em aproximadamente 50% dos afetados (FERREIRA et al., 2007).

1.c. Diagnóstico e Quadro Clínico

O diagnóstico é primariamente clínico mediante a uma suspeita e pode ser realizado com o uso de um sistema de itens listando maior ou menor fator congênito, além de anomalias morfológicas (VERHOEVEN et al., 2008). A tabela 1 comporta uma versão adaptada do sistema proposto em 1994.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍNDROME DE NOONAN		
Características	A = maior	B = menor
1. Facial	Face típica	Face sugestiva
2. Cardíaca	Estenose pulmonar valvar e/ou ECG típico	Outro defeito cardíaco
3. Estatura	< 3º percentil	< 10º percentil
4. Tórax	*Pectus carinatum/excavatum*	Tórax largo

;

5. Histórico familiar	Parente de 1º grau com diagnóstico definitivo de SN	Parente de 1º grau com diagnóstico sugestivo de SN
6. Outros	Deficiência Mental + Criptorquia[114] + displasia linfática (todas presentes no sexo masculino)	Deficiência Mental ou Criptorquia ou displasia linfática (no sexo masculino)

Tabela 1: Critérios diagnósticos para a Síndrome de Noonan (VAN DER BURGT et al., 1994)

Partindo destes itens, o indivíduo é considerado afetado pela SN quando apresentar o critério maior "face típica" associado a outro critério maior ou a dois menores, ou ainda, caso apresente o critério menor "face sugestiva", há a necessidade da presença de mais dois critérios maiores ou de três menores (BERTOLA, 2006). Supõe-se, assim, que o diagnóstico de SN deve ser considerado quando características faciais típicas (ver fig.1) estão presentes bem como baixa estatura, uma variedade de defeitos cardíacos, especialmente estenose pulmonar e miocardiopatia hipertrófica e deformações esqueléticas como *pectus excavatum* e *carinatum*. Em alguns casos acrescentam-se criptorquia, displasias linfáticas, hemorragia anormal e baixo nível de Q.I. (VERHOEVEN et al., 2008).

Figura 1: Fotos de portadores da Síndrome de Noonan (www.lookfordiagnosis.com)

[114] A criptorquia ou criptorquidia é um problema comum em urologia pediátrica e se refere a uma condição em que um ou os dois testículos não estão posicionados no seu local natural, a bolsa testicular ou escroto. A criptorquia é um problema comum em meninos. A prevalência é de 3,5% ao nascimento, mas diminui para 1% após um ano, devido à descida espontânea dos testículos. Em 10% dos casos o criptorquidismo é bilateral. (www.uronline.unifesp.br).

Os avanços no campo da genética permitiriam a confirmação do diagnóstico de SN em virtude da presença da alteração gênica no gene *PTPN11* em um paciente com características clínicas do quadro, embora sua ausência não exclua essa possibilidade (BERTOLA, 2006).

2. ASPECTOS GENÉTICOS

Dada a coincidência de anomalias congênitas na SN, na síndrome cardio-facio-cutânea (CFC) e na síndrome de Costello (SC), seguida da descoberta de mutações no gene *HRAS* na maioria dos pacientes com SC e no gene *KRAS* na CFC, mutações das células germinativas[115] no gene *KRAS* foram relatadas em uma minoria de pacientes com formas severas da SN. Mais recentemente uma nova mutação em outro gene na via RAS-MAPK[116] foi descoberta em um subgrupo de pacientes com SN, o *SOS1*. Tais descobertas de doenças genéticas estabeleceram a SN, CFC e SC como distúrbios de desregulação na sinalização RAS-MAPK (VERHOEVEN et al., 2008).

3. ASPECTOS COGNITIVOS

3.1. Aspectos cognitivos da síndrome de Noonan

No que concerne à questão cognitiva há poucos estudos. Muitos autores apontam em pacientes diagnosticados com SN, dificuldades na competência social, principalmente na percepção emocional de si mesmos e dos outros. Tal fenômeno estaria associado à cognição social – processos motivacionais, emocionais e cognitivos – que engloba a decodificação de expressões afetivas nas faces, vozes e na postura corporal, bem como a atribuição de estados mentais nos outros e a regulação das emoções. Além disso, autores descrevem alexitimia (sem palavras para sentimentos) e problemas sociais que corroboram

---

[115] Uma alteração herdada no DNA ocorre em uma célula germinativa (uma célula destinada a se tornar um óvulo ou um espermatozóide) ou no zigoto (concepção) no estágio de célula única (www.medterms.com).

[116] A via RAS-MAPK está implicada no fator de crescimento que medeia a proliferação e a diferenciação celular ou a apoptose (morte celular) (VERHOEVEN et al., 2008).

com resultados inadequados na habilidade para reconhecer e verbalizar sentimentos (VERHOEVEN et al., 2008).

3.2. Cognição: pressupostos teóricos

A psicologia cognitiva considera que processos internos encontram-se envolvidos na percepção do meio ambiente e na decisão de qual ação mais apropriada o organismo irá tomar. Tais processos incluem atenção, percepção, aprendizagem, memória, linguagem, resolução de problemas, razão e pensamento (EYSENCK; KEANE, 2006).

3.2.a. Percepção visual

Possui enorme importância na vida diária, pois permite a movimentação, a observação das pessoas com as quais se interage, além de possibilitar a leitura ou, por exemplo, assistir à televisão. Mais ainda, a percepção visual garante a sobrevivência uma vez em que permite observar potenciais riscos ao indivíduo. Grande parte do córtex é dedicada à visão: mais do que a qualquer outra modalidade sensorial.

A percepção, segundo Sekuler & Blake (2002), significa “a aquisição e o processamento de informação sensorial ordenada para se ver, ouvir, provar ou sentir objetos no mundo; também guia as ações do organismo em relação a esses objetos”.

Numerosos processos estão envolvidos na transformação e interpretação da informal sensorial, o que torna a percepção visual tão complexa e uma de suas maiores proezas é o reconhecimento de objetos associada à identificação destes (EYSENCK; KEANE, 2006).

3.2.b. Atenção

Refere-se tipicamente à seletividade do processamento de informações. Concentração, consciência e focalização são tidos como sinônimos.

3.2.c. Memória

Permite o reconhecimento de objetos e é importante na fala, leitura e escrita, pois, sem a memória, o indivíduo não conseguiria aprender sua língua.

3.2.d. Linguagem

Forma de comunicação mais desenvolvida nos humanos do que em outras espécies, a linguagem é a “capacidade de transformar idéias em sinais que possibilitam a comunicação com o outro” (FUENTES, 2008).

4. JUSTIFICATIVA

A escassa quantidade de estudos referentes ao perfil cognitivo da SN justifica a necessidade de avaliações que compactuem para a definição de suas características comportamentais.

5. OBJETIVO

O presente projeto propõe-se a definir o perfil cognitivo de portadores da SN visando a contribuir para o estabelecimento de seu fenótipo comportamental.

Esse perfil cognitivo constará da verificação da capacidade de compreensão perceptual e verbal, processos atencionais, velocidade de processamento, função executiva, organização espacial e memória.

6. MÉTODO

6.1. População estudada

Serão avaliados cognitivamente, 20 pacientes portadores da SN, de ambos os sexos, com idades a partir de 6 anos, pertencentes ao Ambulatório de Genética do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr – HC - FMUSP), diagnosticados clinicamente pelo Ambulatório a partir dos critérios descritos anteriormente.

6.2.Instrumentos

Considerando-se o objetivo proposto, ou seja, a avaliação cognitiva dos portadores da SN, serão utilizados os seguintes instrumentos:

a) Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição (WISC III);

b) Figuras Complexas de Rey;

c) Teste WISCONSIN de Classificação de Cartas (WCST).

6.2.a. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição (WISC III)

Tal escala oportuniza a avaliação da capacidade intelectual de crianças entre 6 anos e 16 anos e 11 meses. Aborda o desempenho intelectual ou cognitivo resumido em três medidas:

1) QI verbal: avalia a compreensão verbal e permite informações sobre o processamento da linguagem, raciocínio, atenção, aprendizagem verbal e memória;
2) QI de execução: mede organização perceptual e avalia processamento visual, capacidade de planejamento, aprendizagem não-verbal e habilidades para pensar e manipular estímulos visuais com rapidez de velocidade;
3) QI total: mede a habilidade cognitiva.

Essas medidas fornecem *estimativas* das capacidades intelectuais do indivíduo. Além disso, o WISC comporta quatro escores em índices fatoriais que podem ser calculados:

1) Fator I - Compreensão Verbal: avalia o componente verbal da habilidade intelectual da criança;
2) Fator II - Organização Perceptual: avalia a dimensão não-verbal da habilidade intelectual da criança;
3) Fator III - Resistência à Distração: pertencente ao domínio verbal, depende de memória auditiva e processamento seqüencial. Seu rendimento é influenciado pela ansiedade, falta de estratégias mentais e escassez de automonitoramento;
4) Fator IV - Velocidade de Processamento: reflete velocidade psicomotora e velocidade mental em problemas não-verbais. Avalia também planejamento, organização e desenvolvimento de estratégias.

6.2.b. Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas (Figuras Complexas de Rey)

As Figuras Complexas de Rey avaliam a atividade perceptiva e a memória visual por meio de duas fases:

1) Fase de Cópia;
2) Fase de Reprodução de Memória.

Assim, o teste verifica como o sujeito apreende os dados perceptivos apresentados e o que conserva espontaneamente pela memória.

6.2.c. Teste WISCONSIN de Classificação de Cartas (WCST)

Originalmente desenvolvido para avaliar a capacidade de raciocínio abstrato e a capacidade para modificar as estratégias cognitivas em resposta a contingências ambientais mutáveis, o teste WISCONSIN pode ser considerado como uma medida de "*função executiva*", ou seja, "a capacidade para desenvolver e manter uma estratégia apropriada de solução de problema por meio de condições de estímulo mutáveis a fim de atingir uma meta futura" (HEAT, 2005). Assim, o teste requer de seu examinando:

1) Planejamento estratégico;
2) Exploração organizada;
3) Utilização de *feedback* ambiental para mudar contextos cognitivos (direção do comportamento e modulação da responsividade impulsiva).

7. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados serão analisados estatisticamente através do programa SPSS, versão 13.0

REFERÊNCIAS

BERTOLA, D. R. *Estudo do gene PTPN11 nos pacientes afetados pela síndrome de Noonan*. 2006. 111f. Dissertação (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DIAS, Vanderson Glerian et al. Síndrome de Noonan: relato de caso. Arq. Bras. Oftalmol., SãoPaulo, v.67, n.4, ago.2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2009. doi: 10.1590/S0004-27492004000400020.

EYSENCK, M. W.; KEANE, M. T. *Cognitive Psychology*. Hove: Psychology Prees, 2006.

FERREIRA, Lize V. et al . Variabilidade do fenótipo de pacientes com síndrome de Noonan com e sem mutações no gene PTPN11. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 51, n. 3, abr. 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2009. doi: 10.1590/S0004-27302007000300014.

FUENTES, D. et al. *Neuropsicologia:* teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LEE, D. A. et al. *Psychological profile of children with Noonan Syndrome*. Developmental Medicine & Child Neurology, 47: 35-38p., 2005.

REY, A. *Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998/1999.

WECHSLER, D. *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HEAT, R. K. et al. *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*: manual. Adaptação e padronização brasileira Jurema Alcides Cunha et al. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

VERHOEVEN, W. et al. *Noonan Syndrome:* Psychological and Psychiatric Aspects. American Journal of Medical Genetics Part A 146A: 191-196p., 2008.

Endereços Eletrônicos:
www.lookfordiagnosis.com
www.medterms.com
www.uronline.unifesp.br

POSTER 44

VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: COMPREENDENDO AS REAÇÕES MATERNAS

Giane Delmouro Proença
Gislaine Lima da Silva
Margarida Aparecida da Silva Yo
Shirley Caroline Bolonha Hassan[117]
Cely Blessa[118]

RESUMO

A violência sexual é compreendida como um problema de saúde pública e traz conseqüências à saúde física e mental da vítima e de seus familiares, podendo acontecer no âmbito intrafamiliar, causando muitos conflitos e sofrimento a todos os envolvidos. Este é um estudo qualitativo onde procuramos compreender as reações maternas apresentadas por mães de vítimas abusadas sexualmente por um familiar através de oito entrevistas individuais em profundidade, que versavam sobre a situação de violência. Levantamos como se deram o enfretamento e os recursos utilizados pelas mães diante da violência sofrida, bem como os motivos da procura por ajuda num serviço especializado de atendimento às vítimas de violência. Através das entrevistas detectamos a descoberta da violência sexual é marcada pelo pacto do silêncio e dificuldade de enfrentamento, a descoberta traz dor e sofrimento, há dificuldades de aceitação da violência evidenciadas pelas reações de negação e ambivalência diante do agressor mediante seu papel ocupado no contexto familiar e identificação com o sofrimento das filhas. Para as entrevistadas o perpetrador da violência surge como um agressor da vítima, mas também um agressor da relação de confiança estabelecida anteriormente ao abuso, trazendo à memória destas mães outras situações de violência sexual por elas vivenciadas.

Palavras-chave: Violência sexual intrafamiliar. Reações maternas. Enfrentamento da violência.

[117] Estudantes de graduação do Curso de Psicologia da UNIP Sorocaba
[118] Professora do Curso de Psicologia da UNIP Sorocaba

Introdução

O estudo sobre as reações maternas a respeito de crianças/ adolescentes que foram abusados sexualmente por um membro intrafamiliar foi pouco abordado de acordo com as bibliografias pesquisadas, nos possibilitando realizar uma pesquisa que contemple as reações maternas e suas implicações diante da violência sofrida por suas filhas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abuso sexual infantil é compreendido como um grande problema de saúde pública. O abuso sexual em crianças e adolescentes traz conseqüências devastadoras para sua saúde física e mental, prejudicando seu desenvolvimento, com danos que podem acompanhar o indivíduo por toda a vida. A família tem papel de destaque no enfrentamento da situação de violência sexual em todo o seu processo, ao longo da detecção, tratamento e acompanhamento (Pfeiffer e Salvagni, 2005).

Pereira (2000) apud Viodres Inoue e Ristum (2008), considera que a família perde gradativamente este papel protetor e defensor dos direitos da criança e adolescente, porque é justamente no seio familiar que ocorre em grande proporção, a violência sexual. Desse modo, a criança desde pequena é ensinada a não confiar em pessoas estranhas e confiar e obedecer somente os adultos que convivem e cuidam dela, mas geralmente o abusador é alguém conhecido da família, senão da própria família, mostrando-nos então o motivo da submissão da criança em relação ao adulto que a violentou e sua resistência em revelar o ocorrido (Azevedo, 2001).

Apesar da dificuldade de revelação do abuso sexual, a criança vitimizada sexualmente pode começar a revelar o seu segredo parcialmente para alguém especial que ela mesma escolhe, porque provavelmente esta tem um papel fundamental em sua vida, ou seja, uma “Pessoa de Confiança”, que oferece um suporte emocional necessário para a revelação do abuso sexual (Costa et al, 2007).

Em relação à constituição familiar, Pinto Junior (2001) explica que na violência sexual com caráter incestuoso, a família apresenta-se de forma conflituosa, com uma estrutura patriarcal rígida que silencia e um pai dominador. O abusador nega a violência ou culpabiliza a vítima. Em grande parte dos casos analisados a mãe é o elemento protetor mais importante, denunciando o abuso aos órgãos de proteção à criança e ao adolescente. (Habigzang e cols, 2005).

Em relação às mães de crianças/ adolescentes que sofrem violência, elas se deparam com uma situação de ambivalência, recusando-se aceitar a realidade de que o marido ou companheiro abusa sexualmente de sua filha, negando suas percepções e suspeitas da traição (Araújo, 2002).

É fundamental que a mãe de vítimas de violência, possam tranqüilizá-las, demonstrando que acredita nela e não a culpa e, mesmo ficando triste pelo fato ocorrido, sente-se satisfeita pela revelação da mesma, proporcionando à criança suporte e proteção. Através do apoio psicológico ou de uma rede social, a mãe se fortalecerá e poderá então dar ao filho (a) o apoio que ele (a) tanto necessita (Azevedo, 2001).

Nos casos de violência sexual, a mãe, de acordo com Pfeiffer e Salvagni (2005), faz um pacto de silêncio, sendo ela quem permite a aproximação do abusador. A vítima de violência sexual precisa ser protegida, já que permanece muitas vezes sob o mesmo teto do abusador, com a violência então potencializada por não ser punido após o ato criminoso.

Costa e cols (2007) relatam que a relação da mãe com a criança abusada passa por grandes transformações, nem sempre positivas, pois o tempo todo que está com a criança recorda sua culpa e aumenta sua frustração de se ver dependente da Justiça para se sentir justiçada. Os autores abordam sobre a importância de se viabilizar para estas mães um espaço de conversação que possibilite a transformação do não-dito em conteúdo expresso que possa ser compartilhado.

Objetivos

Levantar os sentidos e significados, atribuídos pelas mães, para as experiências e vivências relativas à violência sexual. Verificar os modos de enfrentamento das mães perante as diferentes maneiras da revelação/descoberta do ato. Levantar como se deu o processo de denúncia da situação de violência. Verificar o apoio e a proteção oferecidos pelas mães às vítimas de violência sexual intrafamiliar. Verificar fatores multigeracionais presentes na história de vida dessas mães e as correlações que as mães atribuem às situações. Investigar as motivações das mães ao procurar ajuda profissional diante da violência praticada contra seu(a) filho(a).

Método

Este foi um estudo qualitativo composto por entrevistas individuais em profundidade. O estudo foi realizado com oito mulheres, mães de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual no contexto intrafamiliar e que são acompanhadas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), na cidade de Sorocaba (SP), que presta atendimento a crianças e adolescentes que sofreram violência doméstica e à mãe ou responsável destes; oferecendo-lhes acompanhamento e tratamento interdisciplinar, como atendimento psicológico, social e jurídico.

As entrevistas contaram com um roteiro semi-estruturado que abordava: dados da entrevistada (idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, cor/etnia); dados da criança/adolescente (idade, escolaridade); descrição da família atual; como se deu o processo de descoberta, denúncia e enfrentamento da situação de abuso: a idade da criança ou do adolescente, a duração do abuso, a situação do(a) abusador(a), as providências tomadas em relação ao abuso (processo, exame, denúncia); os fatores multigeracionais: o relacionamento familiar da mãe, experiências de abuso sexual vividas pela mãe, ou por alguém de sua família; as expectativas da mãe quanto ao futuro do(a) filho(a); e os motivos pela procura pelo serviço de atendimento. As entrevistas foram realizadas por entrevistadora e ocorreram no serviço de atendimento especializado. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas posteriormente e foram categorizadas segundo a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

As participantes foram indicadas pelas psicólogas e assistentes sociais da instituição, baseadas nos seguintes critérios: ser mãe de vítima de abuso sexual intrafamiliar, não ser a figura perpetradora do abuso e a vítima estar em atendimento psicológico na instituição. Desta forma, foi efetuado contato com as mães, convidando-as e informando-lhes sobre a possibilidade de realização deste estudo, agendando a entrevista.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Educação (CEPPE), dentro dos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). As entrevistas ocorreram somente após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi explicitado os objetivos do

estudo, sua forma de participação, a gravação e transcrição da entrevista e a garantia de confidencialidade de quaisquer dados que pudessem identificá-las. Visando resguardar o sigilo, os nomes verdadeiros das oito entrevistadas foram substituídos por nomes fictícios, escolhidos por elas. Oferecemos às mães entrevistadas uma entrevista devolutiva, para acolhimento caso necessitassem.

Oferecemos também como suporte, caso sentissem necessidade, o atendimento psicológico no Pólo de Atendimento à Violência no CPA - Clínica de Psicologia Aplicada, da UNIP – Sorocaba, para tanto entregamos filipetas com endereço e telefone. Visando causar o menor dano possível, tomamos os seguintes cuidados: as entrevistadoras foram mulheres, foram acolhedoras e empáticas e ouviram atentamente sem julgamentos.

Resultados

A maioria das mães relata o estado de choque e desespero em que se encontraram ao descobrirem a violência sofrida por suas filhas, algumas vezes tornando difícil a compreensão dos fatos ocorridos. As mães demonstraram desejo de justiça, bem como grande revolta, em alguns casos pela falta de punição do abusador. Outra reação percebida nas entrevistas foi que algumas mães buscaram ajuda em Deus para o enfrentamento do abuso sexual intrafamiliar, como forma de esperança, conforto e agradecimento. Quanto ao apoio familiar, a maioria das mães recebeu apoio de familiares que ofereceram credibilidade em relação aos fatos. Entretanto em alguns casos, as mães sentiram que os familiares não acreditaram em seus relatos referentes ao abuso ocorrido.

Com relação ao abusador, pudemos perceber que as mães reagiram com sentimentos de raiva, indignação e culpa em relação ao abuso sexual de suas filhas, evidenciado pelo excesso de confiança nos abusadores ou pelas entrevistadas não terem conseguido proteger suas filhas da violência sexual. As mães demonstraram também grande dependência financeira e emocional em relação ao abusador. Verificamos muito fortemente que as mães não compreendiam a atitude violenta do abusador, pois antes da descoberta, percebiam que ele se demonstrava atencioso e cuidadoso com as vítimas. Diante do abuso sexual sofrido por suas filhas, as mães apresentaram uma dificuldade de aceitar que o abusador fora capaz de praticar um ato violento contra uma criança, bem como

encotramos ambivalência em seus sentimentos quanto a figura abusadora, envolvendo amor, pena e decepção.

Verificamos a partir das falas de algumas mães que durante o processo de esclarecimento da violência ocorrida, o abusador não foi afastado da vítima, que inclusive na maioria das entrevistadas foi identificado como o pai da criança/ adolescente. A perceberem a gravidade da violência sofrida pelas filhas, elas procuraram proteger a criança/adolescente do perpetuador da violência.

As mães relataram a dificuldade de suas filhas contarem a elas sobre a ocorrência do abuso, por conta do pacto do silêncio estabelecido pelo abusador através de ameaças em direção às vítimas quanto à revelação da violência praticada contra a mesma, configurando uma violência além da sexual, mas também psicológica. Este silenciamento não ocorre somente entre as mães e as vítimas da violência, mas também verificamos que uma das mães relatou a respeito do silêncio em relação a outros familiares com a intenção de dar conta dos problemas surgidos e assim não causar maiores conflitos no âmbito familiar.

Houve uma preocupaçãpo por parte das crianças, segundo o relato das entrevistadas, em não causar brigas e desentendimentos na relação dos pais. Foi possível verificar também que o silêncio perpetua não somente a relação entre a mãe e a vítima que sofreu a violência, mas também a relação com outros familiares.

O processo de denúncia muitas vezes era difícil, pois foi marcado pela ambivalência, caracterizada por sentimentos simultâneos de raiva, amor e carinho em relação à figura do abusador. Apesar das dificuldades enfrentadas pelas mães, na maioria das vezes elas acreditaram em suas filhas e, ao terem efetuado a denúncia, relataram sobre o sentimento de terem agido corretamente.

Pudemos encontrar nos relatos da maioria das mães entrevistadas, situações de abuso em sua infância e adolescência, demonstrando que a violência perpassou gerações. As mães relataram a situação abusiva que sofreu, havendo assim uma identificação com o sofrimento enfrentado por suas filhas no momento atual. A proteção à vítima intrafamiliar está relacionada a acolhimento que puderam oferecer.

Com relação às expectativas quanto ao futuro das filhas, de modo geral, as mães possuíam o desejo que suas filhas sejam felizes e envolve a esperança de que as mesmas não recordarem a violência sofrida e o sofrimento decorrente desta.

Quanto à procura por ajuda, tratamento e acompanhamento em serviço especializado em vítimas de violência sexual, apontou que as entrevistadas apresentavam um desejo de felicidade e superação para o seu próprio futuro, mostravam-se prestativas e solícitas em relação às outras mães que passaram por situações semelhantes. A procura por ajuda para as mães ocorreu, pois estas reconheceram ser muito difícil estar inteiras para oferecer ajuda às suas filhas por conta de todo sofrimento enfrentado.

As mães relataram a respeito da importância do atendimento psicológico oferecido pelo Centro de Referência e como este apoio tem contribuído para o enfrentamento da violência sofrida por suas filhas e também por elas como mães. Percebemos que a procura por ajuda profissional aconteceu devido a vários motivos: percepção e preocupação com a mudança de comportamento apresentados pela criança ou adolescente, dificuldade de lidar com a situação de violência. A procura por atendimento psicológico se deu por encaminhamentos pela rede de prevenção à violência e a necessidade de obter ajuda surgiu pelo desejo de compreender o que se passava com suas filhas e com elas mesmas diante do profundo desamparo.

As vítimas demonstraram às mães ao longo do doloroso processo de revelação do abuso, que as ameaças permitiram a perpetuação do silêncio na relação entre elas, dificultando que as mães oferecessem apoio e proteção às filhas.

Discussão

Podemos verificar que o sofrimento enfrentado pelas mães entrevistadas, onde a violência ocorreu no âmbito familiar, é intenso, gerando diversos sentimentos em relação ao abusador como revolta, raiva, ansiedade, indignação, desespero diante da descoberta do abuso. As mães também carregam culpa por não terem conseguido proteger suas filhas da situação abusiva e por não terem descoberto o que acontecia com suas filhas antes, possibilitando que o abusador as violentasse.

Foi possível perceber que as mães salientam que o autor da violência é próximo, sendo um membro da família, muitas vezes mora na mesma casa, apresenta-se também como alguém infinitamente distante ao ter sido capaz da realização do ato abusivo contra suas filhas. Isto evidenciou-se nas reações de indignação e revolta em relação ao abusador. Os sentimentos de ambivalência em relação ao abusador também apareceram, pois

enquanto enxergavam no companheiro uma figura amigável, enxergavam também aquele que foi capaz de quebrar a paz da família, provocando assim muita dor.

O fato das mães terem em sua grande maioria, sofrido algum tipo de violência na infância ou adolescência, faz com que elas diante da situação atual das filhas possam relembrar a dor e o sofrimento sofrido, tendo ressurgido reações emocionais intensas, que as impulsionaram a oferecer proteção e apoio às vítimas para o enfrentamento da violência. Desta maneira as mães procuraram por atendimento psicológico num serviço especializado, onde encontraram compreensão do sofrimento e da dor por parte dos profissionais, bem como proteção, informação, acolhimento às angústias de suas filhas e delas mesmas e um espaço para a ressignificação da violência sofrida no passado. Farinati et al (1993) e Padilha e Gomide (2004), apud Santos (2007) explicam que a literatura sobre violência tem descrito as mães com histórias de vida caóticas, com abandonos e violência.

Compreendemos que as mães vítimas de violência sexual intrafamiliar relataram ter acontecido muitas perdas durante todo o processo de descoberta da violência, denúncia e busca de apoio para o enfrentamento. Estas perdas estão relacionadas ao distanciamento do abusador, que na maioria dos casos se apresentou como seu companheiro, aquele com quem convivia e depositava sua confiança. As mães demonstraram que perderam a estabilidade de uma família constituída, onde houve diversas mudanças significativas em seu cotidiano quanto a questões de ordem material-financeira e afetivo-emocional. Constatamos que há uma relação de co-dependência das mães pesquisadas em relação ao abusador, dependência esta que se mostrou ser emocional e financeira. Narvaz & Koller (2006) relatam que a dinâmica das famílias incestuosas e a submissão das mulheres e das crianças às relações violentas aparece associada ao desejo de manterem a família unida.

Foi possível perceber que ao enfrentarem a violência em sua história, ou na história de sua família de origem, as mães das vítimas abusadas sexualmente demonstraram ter conseguido dar respostas novas à situações de violência antigas ou diferentes às quais passaram, através de apoio psicológico, social e jurídico encontrado na instituição que freqüentam, bem como tiveram apoio e acompanhamento de familiares, proporcionando assim um olhar de esperança e novas possibilidades, apesar das dificuldades enfrentadas.

Compreendemos através dos relatos das mães que o desejo de felicidade e futuros relacionamentos sem traumas apontam como expectativa de futuro para suas filhas, demonstrando que o trauma seja esquecido e superado, sem danos a relacionamentos futuros e crescimento enquanto pessoa.

Conclusão

A partir da magra bibliografia a respeito das reações maternas diante de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, este trabalho contribuiu para a compreensão destas reações no contexto de violência intrafamiliar, a partir dos relatos apresentados pelas entrevistadas e que ressaltam a profundidade do tema e seu impacto em nossa sociedade e principalmente na vida de inúmeras famílias.

Pudemos concluir que para as mães entrevistadas o significado e o sentido que atribuem às suas experiências e vivências relativas à violência sexual de suas filhas envolvem reações emocionais intensas, carregadas de sofrimento e dor, apesar de haver perspectivas positivas e esperanças quanto ao futuro de suas filhas e delas mesmas. Compreendemos que as reações maternas demonstram a intensidade com que a violência intrafamiliar entrou em suas vidas mobilizando-as em busca de enfrentamento. Desta maneira, percebemos que isto somente foi possível ao olharem para suas filhas violentadas, desprotegidas, ameaçadas e seduzidas, remetendo muitas vezes ao seu passado que também conteve aspectos como estes de uma situação abusiva, que trouxeram muitas angústias e que no momento atual de suas vidas puderam ser revividas, constituindo assim uma forma de fortalecimento e busca por proteção às vítimas.

Foi possível compreender que todo o enfrentamento foi doloroso para estas mães, possibilitando um olhar diferenciado para sua condição humana. Ao longo do tempo, as mães puderam se posicionar frente a violência sofrida por suas filhas, as limitações de aceitação e providências a serem tomadas. Contudo, foi possível estas mães buscarem ajuda para suas filhas vítimas de violência e assim, juntamente a elas enfrentarem suas dificuldades e traumas em relação ao ocorrido.

Referências

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. Maringá: Psicol. Estud., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1413-73722002000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2008.

AZEVEDO, E. C. Atendimento Psicanalítico a Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual. Psicologia Ciência e Profissão, 2001, nº. 4.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.

COSTA, L. F.; PENSO, M.; RUFINI, B. R. Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. Arq. bras. psicol., 2007, vol.59, no.2, p.245-255. ISSN 1809-5267. Disponível em:<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200013&lng=pt& nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2008.

HABIGZANG, L. F. et al. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Set./Dez. 2005, vol.21, n.3, pp. 341-348.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H., The concept of family from a woman-mother victim of incest. Porto Alegre, v. 19, n. 3: Psicol. Reflex. Crit., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010297220060003000008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 jun. 2008.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. Porto Alegre: J. Pediatr., v. 81, n.5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-7557200500070001 0&ing=en& nrm =iso>. Acesso em 12 abr. 2008.

PINTO JÙNIOR, A. A. O trabalho com crianças vítimas de violência sexual doméstica: promovendo a resiliência. Temas sobre desenvolvimento, v. 10, n. 56, p. 40-60, 2001.

SANTOS, I. A.; BONFIM, N. R., A omissão da família diante de abuso sexual contra crianças e adolescentes. Itabuna: Psicologia virtual, 2007. Disponível em: <http://www.psicologiavirtual.com. br/psicologia/principal /conteudo.asp?id=3919>. Acesso em 12 jan. 2009.

VIODRES INOUE, S. R.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola, Revista: Estudos de Psicologia, ISSN0103 – 166X, Jan./Mar. 2008, vol.25 n1, pp. 11- 21.

POSTER 45

MORADORES DE RUA EM ALBERGUE: A QUESTÃO DA HUMILHAÇÃO SOCIAL E DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS

Cristiano Rondinelli de Almeida[119]
Joceleik Patrícia Alves do Carmo[120]
Laura Carmilo Granado[121]

RESUMO

O trabalho apresenta a experiência vivida por estagiários de Psicologia em um albergue, localizado na cidade de São Paulo, destinado às pessoas que vivem nas ruas. Os estagiários proporcionaram uma escuta a esta população e na condição de observadores participantes, observaram a dinâmica da instituição, o que os permitiu promover uma apreciação crítica a respeito de características análogas às instituições totais, bem como das relações de poder problematizando a questão da humilhação social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; instituições totais; relações de poder; humilhação social.

Introdução: Rua e Instituição

Há pessoas que fazem das ruas das cidades de São Paulo, seus lares. De acordo com a pesquisa realizada entre os anos de 2000 e 2003 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe)[122], encomendado pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do município de São Paulo (SMADS), foram identificados 10.399 pessoas moradores de rua em São Paulo e destes, 6.186 viviam em albergues. Muitos se concentram na região central da cidade e, em sua maioria, são pessoas sozinhas e com problemas de saúde. O predomínio é de homens, negros e com idade média de 40 anos. Segundo Ghirardi et al (2005) o processo de ida para a rua se constitui da seguinte forma: primeiramente o indivíduo se estabelece em albergues, pensões e alojamentos, mantendo,

[119] Psicólogo. cris.rondinelli@gmail.com;
[120] Psicóloga. joceleik@clik21.com.br
[121] Psicóloga, doutoranda pelo Departamento de Psicologia Clínica da USP. lauracg@usp.br
[122] Site consultado: http://www.fipe.org.br/web/index.asp?c=37&aspx=/web/home/noticia.aspx

assim, relações de suporte. Com o estabelecimento de relações, há uma identificação do indivíduo com esse novo modo de vida. Em um processo gradativo, há uma desvinculação das redes sociais de suporte, assim, a rua torna-se a casa e o local de trabalho do indivíduo

Sob a lógica capitalista, a geração de renda é condição para que o indivíduo faça parte do sistema. Uma vez que no processo de desvinculação das redes sociais, essas pessoas deixam de ser produtivas, surgem reflexões sobre o espaço que elas ocupam no cenário social que nos remetem ao conceito de humilhação social de Gonçalves Filho (1998). A humilhação social é uma angústia disparada pela desigualdade de classes, um afeto derivado da exposição do homem pobre a mensagens de inferioridade social dirigidas assiduamente pelos outros e pela cidade (GONÇALVES FILHO, 1998).

A abordagem política do tema retrata que a humilhação social é uma expressão da desigualdade política, indicando exclusão intersubjetiva de uma classe de homens do âmbito público da iniciativa e da palavra, do âmbito da ação fundadora, do diálogo e do governo. A abordagem psicológica refere-se à exclusão política que fabrica sintomas, infesta o afeto, o raciocínio, a ação e o corpo do homem humilhado. O humilhado tem sua subjetividade moldada, tornando-se um ser que não pode criar. Ele é esvaziado das condições que lhe possibilitariam transcender uma compreensão imediata e estática da realidade (COSTA, 2004). Sobre o amparo a esta angústia, em uma abordagem psicológica, Winnicott nos auxilia ao abordar o potencial da exploração integral da primeira ou das primeiras entrevistas (WINNICOTT, 1965). O autor considera que se em entrevistas iniciais é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional o cliente trará e exporá o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente (WINNICOTT, 1971). Assim, é possível , em poucas entrevistas, entrar em contato com as angústias fundamentais de um cliente.

Segundo Costa (2004) a humilhação social revela-se, também, em reificação, processo pelo qual o valor de tudo, inclusive das pessoas apresenta-se à consciência como valor, sobretudo econômico, valor de troca: tudo passa a contar primariamente como mercadoria. Este processo é produto das sociedades industriais, como a nossa. Nelas, as relações sociais são mantidas como relações entre coisas. Todo o tempo fica prejudicada a consciência de que a relação entre mercadorias (e a relação entre cargos) é, antes de tudo,

uma relação que se funda sobre relações entre pessoas. O homem fica apagado e mantido à sombra.

Neste contexto, pensamos as instituições totais, conceituadas por Goffman (1974), como um sistema que mantém as relações produtoras da humilhação social, já que para o autor, a condição básica da sociedade contemporânea é a possibilidade das pessoas desenvolverem suas variadas atividades do dia a dia, como o dormir, o brincar e o trabalhar, em diferentes lugares e com diferentes pessoas, sob diferentes autoridades e fora de um plano racional geral. Em suas palavras: “O aspecto das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida” (GOFFMAN, 1974, p. 17). Em uma instituição total, o viver acontece no mesmo local, onde pessoas, seguindo um plano racional único de regras e comando, são levadas a atividades rotineiras e obrigatórias.

As instituições totais acabam por invadir de tal forma o sujeito que sua autonomia, o poder de decisão e suas obrigações não lhe cabem mais: são exclusivamente governadas pela instituição. Esse é o processo, em que as situações humilhantes são alimentadas, que Goffman (1974) denominou como processos de mortificação do eu.

Outro aspecto importante das instituições totais é seu impacto social. Foucault (2008) nos faz pensar, quando refere-se a *“Nau dos Loucos”,* que tais instituições podem ser uma *“[...] medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem* (FOUCAULT, 2008, p.10).

MÉTODO:

Esta é uma pesquisa qualitativa, portanto os dados foram analisados a partir das informações interpessoais e dos significados, compreendidos como um recorte singular relativo a um determinado contexto (CALIL & ARRUDA, 2004).

PROCEDIMENTO:

Atendimentos:

Foram realizados atendimentos que se basearam em uma perspectiva winnicottiana de entrevistas psicológicas e aconteceram uma vez por semana durante um semestre. Gil e Tardivo (2006) nos mostram como uma perpectiva winniottiana das entrevistas psicológicas pode ser realizada em um trabalho institucional por alunos ainda em processo de formação.

Em uma prática supervisionada, o trabalho das autoras demonstrou êxito neste tipo de proposta de aprendizado e intervenção.

Assim, foram atendidas três pessoas, dois homens de 45 e 68 anos, e uma mulher de 41 anos. Os dados foram coletados no decorrer de um semestre com encontros semanais para a realização das entrevistas com os três participantes do projeto de re-inserção social do Albergue. Os atendimentos foram supervisionados.

Observação assistemática:

Uma participação ativa na dinâmica da instituição, proporcionou a construção de um olhar crítico a respeito das relações existentes naquele lugar. A observação assistemática caracteriza-se como "uma observação sem uso de qualquer técnica ou instrumento, bem como, sem controle e quesitos de observação pré-estabelecidos" (CERVO & BERVIAN,2003). Desta forma, além das entrevistas psicológicas, foi realizada uma observação assistemática. Este tipo de observação possibilitou uma aproximação da vivência cotidiana dos participantes e uma compreensão contextualizada dos relatos trazidos pelos participantes nas entrevistas psicológicas. Realizou-se registro escrito tanto das entrevistas psicológicas como das observações.

PARTICIPANTES

As pessoas atendidas pela instituição são denominadas "usuários". São, em sua maioria, moradores de rua. Entretanto, é possível encontrar usuários que têm uma história de vida diferente. Citamos, como exemplo de uma diversidade de histórias que acabam por encaminhar as pessoas para a instituição, os três usuários do albergue atendidos. *Camila*[123], baiana de 41 anos, sofria agressões físicas pelo marido e ameaças de morte. Fugiu de casa com seus três filhos. O albergue serviu como um abrigo. *Ernesto*, um mineiro de 45 anos, diante de um difícil relacionamento com a irmã, saiu de sua casa, mesmo não tendo para onde ir. Seu sentimento é de ter cometido inúmeros erros em sua vida. Encontrou na instituição formas de se desculpar com a vida e uma maneira de reestruturá-la. *João*, paulista de 68 anos, perdeu o emprego e conseqüentemente a sua família. Ele encontrou no albergue um lugar para viver.

[123] Os nomes são fictícios

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos atendimentos, baseados em um modelo winnicottiano de entrevistas psicológicas colocamo-nos em uma posição de acolhimento aos moradores do albergue. Winnicott (1968) enfatiza o potencial da consulta terapêutica como possibilidade de comunicação privilegiada entre paciente e terapeuta. Esta comunicação poderá ser desenvolvida em uma base de confiança por parte do paciente, que acreditará possível receber ajuda do terapeuta. Segundo Gil e Tardivo (2006), o terapeuta, ao conseguir estabelecer este *setting* humano, torna possível um tipo de comunicação que possibilita que o paciente possa surpreender-se com idéias e sentimentos que não estavam antes integrados a personalidade total. Essa integração é esta tornada possível "pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional – uma forma de sustentação (holding)".(WINNICOTT, 1968, p.230).

As entrevistas psicológicas e a observação assistemática, permitiram perceber que apesar do grande número de pessoas dentro da instituição, muitos deles não compartilham de uma proximidade. Olham com estranhamento para os outros usuários e, assim, acabam não se reconhecendo no outro, ou seja, não se sentem fazendo parte daquele grupo de pessoas, "[...] *Parece que eu estou igual a eles [...] andando para cima e para baixo*" (C*amila* referindo-se aos moradores do albergue que perambulam por horas pelos pátios da instituição). Essa carência de vínculos mais fortificados entre os moradores da instituição,essa falta de reconhecimento no "outro", muitas vezes, impossibilita que eles consigam, através da fala, aliviar o seu sofrer.

Muitos usuários do albergue relatam sentir-se em uma prisão. Em suas falas, queixam-se de ter de seguir horários, regras e viver em grupo. Experiências que não condizem com a vida que levavam fora da instituição onde, apesar das privações, se viam livres. Da mesma forma que o albergue oferece apoio a essas pessoas, ele acaba, por outro lado, limitando as possibilidades de expressão que cada um carrega consigo. Por mais que as pessoas estejam necessitadas das condições básicas de sobrevivência (como alimentação e sono) elas não perdem seu senso de preferência. *Camila* nos disse que: *"*[...] *para mim que trabalha desde os dez anos é ruim* [...] *aqui eu não posso cozinhar. Eles deviam deixar a mandioca e a batata mais tempo cozinhando, o arroz parece uma papa e o frango parece desfiado porque cozinha demais!...ontem mesmo eu mastiguei uma pedra no*

pão!". E continua: "[...] *Eu estava com vontade de assistir TV ontem, mas as crianças estavam fazendo barulho, as mulheres mandaram eles calarem a boca, então peguei as crianças eu fui para o quarto dormir* [...]*"*

Seus gostos, suas afinidades e suas vontades permanecem, afinal, isso é próprio do ser humano. No entanto, muitos deles não têm um sentimento de participação de uma vida ativa no contexto da instituição. Andam de um lado para o outro ou ficam sentados no chão ou nos bancos dos pátios. Será que estão olhando para o movimento, para o tempo? Revivendo as lembranças do passado ou, talvez, pensando na incerteza do futuro? Será que suas raízes estão preservadas em suas memórias?

Simone Weil (1979) nos revela que o enraízamento é uma das necessidades mais importantes do ser humano. "O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivo de certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro" (WEIL, 1979, p.347).

Contudo, não conseguimos observar esse sentimento de pertencimento. Dentro da instituição foi possível observar os pequenos e grandes galpões dormitórios, onde a disposição das camas obedecem uma proximidade, com o objetivo de abrigar o maior número de pessoas. Dessa forma, há uma ausência de paredes entre os leitos. As paredes, de certo modo, norteiam as ações e protegem a particularidade de cada pessoa. A falta de divisores físicos acaba por mesclar as noções de espaço ali envolvidas. Isso nos remete a um dos processos *mortificação do eu*, de Goffman (1974, p. 35) sobre a exposição contaminadora: "[...] misturar grupos etários, étnicos e raciais, pode fazer com que o internado sinta que está sendo contaminado por contato com companheiros indesejáveis". Isso se mostrou evidente quando estávamos conversando com um de nossos entrevistados, *Ernesto*, entre dezenas de beliches na ala masculina. Procuramos saber em qual cama ele dormia e ele me apontou para uma ao lado da janela. Perguntamos se o fato dele dormir ao lado de uma janela não lhe causava frio durante a noite, e ele respondeu: "*Tem muita gente que pode ter doença transmissível aqui"*. Indagamos se ele conseguia dormir tranqüilo no meio de tanta gente. Ele disse que sim, e que à noite não dá a impressão de ter um grande número de homens dormindo sob o mesmo teto. Segundo ele: *"Você escuta algumas pessoas roncando, outras soltando uns peido, eu dô risada* [...]*" "*[...] *às vezes eu sento na*

cama e fico olhando quanta gente tem aqui. Dá pra monta uma firma com esse monte de gente".

Até onde vai o espaço de uma pessoa institucionalizada? Ele termina quando começa o espaço do outro? Quem determina esse limite?

Certamente as regras exercem um papel de grande importância neste contexto. Entretanto, quando os usuários delimitam seu espaço dentro das alas, muitas vezes, acabam por invadir o espaço do outro. Isso resulta, na maioria das vezes, conflitos. *"*[...] *outro dia lá no quarto duas mulheres se pegaram por causa de homem, porque ela tem muito ciúmes do marido; eu que não brigo por causa de homem...!*" Disse Camila sorrindo.

O albergue oferece aos usuários as condições básicas para se viver, desde alimentação, dormitório a medicamentos. Mas as vidas dessas pessoas não estão limitadas apenas ao interior da instituição: elas têm a possibilidade de desenvolver algumas atividades fora do albergue. Esse ponto talvez pudesse afastar o albergue do modelo de instituição total conceituada por Goffman (1974), pois para o autor, as instituições totais abarcam todas as atividades do viver humano. Entretanto, tendo em vista que muitos dos usuários não têm possibilidades de ir para outro lugar, o albergue se torna sua única casa, assim o albergue acaba incorporando características da uma instituição total descritas pelo autor.

Esse controle exercido pelas instituições totais nos levam às reflexões de Foucault (2007) . Este autor considera que um corpo constituído e disciplinado pelo poder pode servir a um fim útil e esperado. O corpo não exerce o movimento por si só, orgânico, físico. Nele estão abarcadas questões disciplinares, em que o controle de tais movimentos visa objetivos esperados por quem exerce o poder.

A própria disposição da instituição, onde os galpões ficam à margem do pátio central, a divisão de grupos de pessoas por alas, seguindo critérios como sexo, idade e condição física e a entrada dos moradores na instituição feita por uma portaria vigiada e controlada são maneiras de se manter a disciplina e exercer o poder. "A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço" (FOUCAULT, 2007, P. 121).

O autor nomeia essa disposição como *localizações funcionais*, que além de permitir vigiar e romper as comunicações entre os internos, que poderiam prejudicar o sistema, acabam por promover um espaço útil às necessidades da instituição, como, por exemplo,

facilitar o trabalho dos enfermeiros e auxiliares nas alas. Dessa forma, pensamos que essas instituições acabam por promover o individualismo, separar grupos, facilitar a localização de indivíduos, através de uma vigilância constante, do controle da comunicação e dos comportamentos.

Contudo, as relações de poder não se constroem, somente, em uma cadeia hierárquica, em disposições pré-definidas. São relações sutis de poder e dominação revelada, também, em um plano horizontal, entre pessoas que compartilham do mesmo campo social (FOUCAULT, 2000). Assim, pessoas subservientes não somente ao sistema como um plano geral de controle, mas, também, passivas nas relações que as cercam facilitariam o ordenar e controlar de uma instituição. Por outro lado, essa passividade afeta essas pessoas de tal maneira que traz impossibilidades de um viver mais digno, afastando-as, cada vez mais da oportunidade de se apropriarem de suas próprias histórias e sentidos de vida.

Seguindo esse raciocínio, citamos uma fala de *João,* que reclama para nós da bagunça na alas, da falta de material na instituição, principalmente para a higiene pessoal, o que remeteria aos processos de mortificação do eu. Neste ponto, *João* refere-se ao despir-se de sua aparência usual, aparência que não pode acompanhá-lo dentro de um sistema burocrático de regras e privações. *João* fala, também, sobre o desrespeito de alguns funcionários e usuários do albergue. Segundo ele, o pior de tudo,que é ter que agüentar tudo calado porque tem medo de ser mandado para fora do albergue. *"*[*...*] *eu não ia ter onde ficar ou ia fica em um lugar pior* [...]

Indivíduos institucionalizados podem sofrer constantes ameaças, tanto veladas quanto explícitas, de serem expulsos da instituição. Esse mecanismo , faz parte dos processos de mortificação do eu. Articulando-o ao conceito de Humilhação Social, vemos que os sujeitos humilhados, privados de um viver mais digno, podem entender como natural, automático os sofrimentos vividos, colocando-se, assim, em uma posição passiva frente às injustiças e desigualdades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários moradores do albergue têm consciência das dificuldades de se viver institucionalizado, porém, a ausência de outras possibilidades de viver acabam por calar

suas bocas. Novas formas de vida e de habitar o mundo ficam impedidas devido à falta de recursos e meios para investir nestas novas montagens. Faltam instrumentos materiais para configurar um novo mundo. A falta emperra as construções e configurações essenciais para as condições de vida. Assim, há uma limitação de suas ações, o que acaba por intensificar ainda mais o sofrimento e a humilhação.

Percebe-se, assim, da mesma forma que a *Nau dos loucos* (FOUCAULT, 2008) auxiliava no processo de segregação dos insanos, levando-os de suas cidades à terras distantes, onde ninguém os conhecia, o albergue pdoe servir para livrar a cidade dos sujeitos que a incomodam. Hoje não somente os insanos compõem o grupo dos segregados, mas, também, os alcoólatras, desempregados, sem tetos, divorciados, viciados, deficientes, idosos, doentes e tantas outras pessoas que, por não achar seu espaço na sociedade, embarcam nessa nova Nau para uma viagem de destino incerto, a uma local onde ninguém os conhece.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.D; LOPES, S.R.; GALVANI, D.; GHIRARDI, M.I.G. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*., São Paulo, v.9, n.18, p.601-10, 2005.

CALIL, R.C.C.; ARRUDA, S.L.S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GRUBITS, S. ; NORIEGA, J.A.V. (org) *Método qualitativo*: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda; 2004. p. 243-93.

CERVO, L.C.; BERVIAN, P. A. *Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

COSTA, F.B. *Homens invisíveis :* relato de uma humilhação social. 1. ed. São Paulo: Globo, 2004. 254p.

FOUCAULT, M. *Defender la sociedad.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir:* nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2007.

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. 8° ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Pesquisas identificam perfil dos moradores de rua de SP. Disponível em:

;

<http://www.fipe.org.br/web/index.asp?c=37&aspx=/web/home/noticia.aspx >. Acesso em: 20 de dez. 2002.

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Encontros e consultas terapêuticas: uma proposta de pesquisa intervenção no hospital psiquiátrico. *Trab.do I Simpósio Internacional de Pesquisa em Psicoterapias,* agosto, 2006.

GOFFMAN, E. (1961) As características das instituições totais. In: GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. p.13-99.

GONCALVES FILHO, J. M. Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 9, n. 2, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 Maio 2007.

WEIL, S. *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Seleção e apresentação Ecléa Bosi. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

WINNICOTT, D.W. (1965) O valor da consulta terapêutica, In: WINNICOTT, C.SHEPHARD, R.(org) *Explorações Psicanalíticas*. Porto alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT,D.W.(1968). O jogo do rabisco (Squiggle game). In: WINNICOTT, C.SHEPHARD, R.(org) *Explorações Psicanalíticas*. Porto alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1971) Parte um: introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

BARROS, D.D; LOPES, S.R.; GALVANI, D.; GHIRARDI, M.I.G. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*., São Paulo, v.9, n.18, p.601-10, 2005.

POSTER 46

APOIAR E EU VIVO REMANDO: RESULTADOS DE DINÂMICA INTEGRATIVA

Eliane Lemos[124]
Fernanda Suzuki[125]
Karen Furlan
Juliana Sato
Marcelo Vieira Matias
Renato Costriuba de Moura
Silvia Beier Hasse
Leila CuryTardivo[126]

Resumo:

O esporte adaptado apresenta-se como ferramenta no processo de inclusão da pessoa com deficiência. No Brasil, de acordo com o último censo realizado no ano de 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), concluiu que 24,5 milhões de brasileiros e brasileiras possuem qualquer tipo de deficiência. Não existe pesquisa que indique o número de pessoas, desse contingente, que pratiquem qualquer modalidade esportiva. Estima-se que seja em torno de 10%. Algumas modalidades deram início à história do esporte adaptado no Brasil, como é o caso do basquete sobre rodas. Hoje uma das modalidades do paradesporto mais recente é o remo adaptável. O Instituto Vivo, por acreditar no proceso de inclusão, criou o projeto EU VIVO REMANDO e convidou, no inicio de 2009, o APOIAR, do Instituto de Psicología da USP, para tornar-se parceiro nesse processo. Foram avaliados 14 atletas no primeiro semestre de 2009 e no inicio do segundo semestre, novas vagas foram abertas para a adesão de novos atletas. Com o objetivo de integração entre os atletas novos e os que já participavam do projeto, os familiares e a equipe técnica, realizamos uma

[124] Psicóloga; palestrante e professora universitária da UNIP; co-responsável pelo projeto Eu Vivo Remando e membro do APOIAR;
[125] Alunos da Graduação do Instituto de Psicologia da USP;
[126] Professora livre-docente do IPUSP; coordenadora do projeto Eu Vivo Remando e coordenadora do APOIAR.

dinâmica de grupo com atividades estruturadas e dirigidas pela equipe de alunos de Psicologia.

Palavras-chave: esporte adaptado, psicologia do esporte adaptado, deficiência e remo adaptável.

1. INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2009, o INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP (IPUSP) estabeleceu parceria com o Instituto Vivo a fim de realizar avaliação psicológica e acompanhamento dos atletas do remo adaptável, que participam do projeto EU VIVO REMANDO. Iniciativa do Instituto Vivo em parceria com o Clube de Regatas Bandeirante, em São Paulo, direcionada à capacitação esportiva de jovens com algum tipo de deficiência física ou visual para a modalidade do remo adaptável. Trata-se de um esporte similar ao remo tradicional, a diferença está nos barcos, que são ajustados especialmente para esse grupo de atletas. O principal objetivo é favorecer o processo de inclusão da pessoa com deficiência e levar o grupo para participar de disputas como o Mundial de Remo em 2010, os Jogos Parapanamericanos de 2011 e as Paraolímpiadas de 2012.

Na última década o esporte adaptado tem conquistado espaço não somente na mídia, mas adeptos que descobrem a potencialidade para conquistar, não apenas medalhas, mas principalmente espaço na sociedade. Tornou-se um dos facilitadores no processo de inclusão da pessoa com deficiência.

2. Remo Adaptável

Nos anos 80, a Superintendência de Desportos do Rio de Janeiro (SUDERJ) iniciou um programa da reabilitação com o remo, que foi batizado de “Remo Adaptado”. Pessoas com deficiência física (lesão medular, pólio e paralisia cerebral), mental e mais tarde deficientes auditivos se beneficiaram do programa.

Em 2001, a Federação Internacional de Remo (FISA) solicitou, formalmente, ao Comitê Paraolímpico Internacional (CPI), a inclusão do remo nos Jogos Paraolímpicos de 2008. O Remo é o caçula das modalidades do quadro de esportes paraolímpicos. Ele entrou no programa em 2005 e os Jogos Paraolímpicos de Pequim vai ser a estréia em uma

paraolimpíada. O termo "adaptado" quer dizer que o equipamento é modificado para a prática do esporte e não propriamente "adaptado" a cada atleta. A Federação Internacional de Remo – FISA - órgão máximo do Remo mundial. No Brasil, a modalidade é organizada pela Confederação Brasileira de Remo - CBR. (Fonte: CPB, 2008)

A atividade física é pouco praticada por pessoas com deficiência, não chegando aos dez por cento. Para a pessoa com deficiência, a prática esportiva possibilita o conhecimento e a vivência do significado da superação de limites e a confirmação de que ele pode conquistar e viver esse prazer. Esse é um simples convite à vida, afirma Lemos-Assumpção (2008).

2.1 Psicologia do esporte

No esporte brasileiro em geral não há uma valorização do trabalho psicológico e emocional ao contrario no fator técnico, tático e físico. Talvez por existir uma carência de profissionais e estudos que se ocupem na psicologia do esporte e que é ainda mais grave tratando-se do esporte para pessoas portadoras de necessidades especiais (ANDRADE, 2008).

Na busca de saber em que implicaria a utilização da Psicologia para atletas Serenini e Samulski (1997) citam que para se obter desempenho mais adequado o treinamento esportivo deve ser direcionado não só aos fatores motores, físicos e técnicos, mas também aos aspectos psicológicos e cognitivos.

Buscar a melhor colocação no ranking de eventos como os Jogos de Inverno, Parapanamericano, Paraolimpíadas, entre outros que compõem o paradesporto, traz uma preocupação que ultrapassa o desempenho técnico, tático e físico dos atletas e adentra o contexto do equilíbrio psicológico.

O projeto conta com 10 estagiários, alunos da Graduação do IPUSP, que acompanham o desempenho dos atletas e suas condições psíquicas internas, inclusive motivacionais. Visa auxiliar no desenvolvimento pessoal favorável e no sucesso ante o esporte, com a realização das metas individuais de cada atleta. Para isso, inicialmente realizou-se uma entrevista individual com cada atleta participante, atentando para questões de depressão e qualidade de vida.

Os estagiários do IP, fundamentados na proposta do projeto APOIAR, acompanham os atletas do remo adaptável, apreendendo suas questões pessoais, que podem ou não incluir o esporte. O conhecimento dos aspectos de diversos âmbitos da vida de cada participante do projeto Eu Vivo Remando é importante para que os estudantes possam oferecer o suporte adequado para que o atleta consiga enfrentar as dificuldades de seu cotidiano que podem interferir em seu bom desempenho esportivo, equilíbrio psicológico e qualidade de vida.

Cada estagiário é responsável por um ou dois atletas, pretendendo acompanhar alguns treinos a fim de estabelecer maior contato e, se necessário, acolhimento para eventuais queixas e possíveis orientações e encaminhamentos.

Os estagiários têm acesso a planilhas da freqüência dos atletas nos treinos, buscando razões junto a eles para eventuais faltas e incentivando-os a permanecerem no projeto e atingirem suas metas.

2.2. Ilustração do acompanhamento de um atleta participante do projeto Eu Vivo Remando

Um dos atletas com maior freqüência nos treinamentos é B.F.J. Sendo um dos objetivos do grupo no trabalho com os atletas propiciar-lhes uma vida psíquica mais saudável, acrescenta-se maior atenção sobre o desempenho para aqueles que visam à competição. Para tanto, é necessário ciência do processo de treinamento e contato com o atleta para aproximar-se de suas questões cotidianas.

B.F.J. tem 31 anos, tem ensino fundamental incompleto. Foi vítima de arma de fogo aos 18 anos, tendo adquirido uma paraplegia, devido a uma lesão entre as vértebras T10-T11. Atualmente B.F.J. treina todos os dias e se destaca por sua dedicação e conquistas. Ele é classificado como A. (arms) nas competições de remo, ou seja, só pode movimentar os braços para mover o barco. Ganhou o direito de representar o Brasil no mundial de remo adaptável na Polônia (2009) através de uma seletiva no Rio de Janeiro. Também ganhou a última etapa do campeonato paulista da categoria. No entanto, não pôde ir ao mundial devido à falta de verbas da Federação Brasileira de Remo e, concomitantemente, vive o problema de obter sua renda da prática esportiva.

B.F.J. recebe aposentadoria por invalidez e, atualmente, complementa sua renda com o patrocínio de uma loja de materiais de construção. Almeja ganhar uma bolsa-atleta e ganhar o campeonato brasileiro, o mundial, os jogos Para-Panamericanos em 2011 e as Paraolimpíadas em 2012.

O trabalho psicológico tenta fazer uma ponte com a realidade dos treinamentos (vista por atleta e comissão técnica), no sentido de trabalhar com demandas apresentadas pelo atleta no treino e nas competições. O lugar de trabalho desse atleta com o estagiário de Psicologia é o encontro semanal, com duração de uma hora.

Nos primeiros encontros o estagiário tentou estabelecer um contato com o atleta, buscando que ele esclarecesse sobre seus objetivos e as atitudes para alcançá-los. O interesse sempre foi o de escutar as demandas sobre a vida no remo, assim como a vida fora do remo que, certamente, influencia em seu desempenho. Um exemplo claro dessa influência compartilhado por B.F.J. foram as conseqüências sofridas em sua performance na água quando a sua atual esposa saiu de casa em certa ocasião.

Durante três encontros (dias 10/09, 17/09, 24/09) o atleta passou por sessões de treinamento mental. Em todos os encontros, é importante ressaltar, o atleta descrevia com minúcia seus pensamentos:

1) No primeiro deles o estagiário acompanhou o atleta desde sua chegada na raia e observou cada atividade, como trocar de roupa, esperar o barco ser colocado na raia pela equipe do Clube Regatas e remar. Depois dessas atividades, já no momento de conversa com o estagiário, foi solicitado à B.F.J. que relembrasse e descrevesse os acontecimentos de seu dia, desde que acordou até aquele momento do treino, e estimasse o tempo que havia ocupado para realizar as atividades na raia, registrado no fragmento de diário feito daquele encontro:

- Acorda cedo – 5h30 (4h55 quando vai de condução) – veste roupa, tênis, camiseta, boné, pega chave, esposa segura cadeira para se sentar, pega escova e pasta e escova o dente fora de casa. Toma café com dois pães e espera na cozinha. 5h50 desce, esvazia coletor na rua e pega a perua (o faz de 3º e 5º). O coletor é um dispositivo usado para coletar a urina do atleta. A urina fica depositada em uma bolsa presa em um tubo conectado ao pênis do atleta.

Chega, se troca, conversa com Alexandre (técnico), recebe orientação de Acácio (técnico): 6km para nadar, com 3km de aquecimento.

Estimativas dos tempos das atividades, por B.F.J.:
Se arrumar: 20 minutos
Na perua: 50 minutos
Se arrumar na raia: 5 minutos
Até começar: 20 minutos
Na água: 50 minutos (entra 7h30 e sai 8h50)
Se arrumar: 7 minutos
Conversa com estagiário (ainda acontecendo)
Volta: 50 minutos

Agora peço para que se imagine de novo na etapa do campeonato paulista e me descreva o que puder.

Atleta: Quente, só E. e R. (adversários ruins), barco ruim, cadeira na frente. Chego lá, pessoal bateu palmas. Alegre, mas sabendo que não havia adversário.

Estagiário: Peço que ele imagine a seletiva, no Rio de Janeiro, para o mundial na Polônia (que já havia acontecido).

Alegre, porque já imaginava que ia ganhar. Acácio orientou para distanciar se desse e ele passou e pensou "distancia, distancia...".

A intenção era fazer com que o atleta se conscientizasse de todas as suas atividades durante a prática esportiva. Optou-se por não confrontá-lo com tempos reais de suas atividades, já que a intenção era que ele entrasse em contato com seus "próprios" tempos, que, por mais que não compatíveis com a realidade, revelam uma forma de encarar o mundo. Por exemplo, uma percepção de tempo na raia mais curta do que a realidade pode contribuir para discussões sobre os valores do atleta no esporte.

2) No segundo encontro foram adicionados dois novos elementos. Ele receberia um retorno sobre as estimativas dos tempos de suas atividades e realizaria uma prova mental de remo de 500 metros. No dia seguinte B.F.J. participaria de uma regata, a qual foi usada para ambientar o treinamento mental. Nessa regata o adversário era S.; de uma categoria que permite mais movimentos que B.F.J. mas ainda assim possível de ser batido. B.F.J. está na classificação funcional A (arms), ou seja, só utiliza os braços para remar. Para tanto envolve seu tronco com uma faixa quando está no barco. S. está na classificação T.A. (Trunk and Arms), o que permite que utilize movimentos dos braços e do tronco. Segue abaixo um fragmento do diário do encontro.

6h40 – Chegada (Van pegou a marginal e atrasou)

(2 min – o que B. considerou)
4 min 07 – Põe a camisa, calça e enche garrafa de água

(4 min – o que B. considerou)
4 min 54 – espera do barco e entrada na água

6h58 – entrada na água
7h44 – chegada
7h52 – sobe a rampa

Treinamento mental:
Na linha, ansioso, quer sair logo. Está nublado e ventando.

Prova de 500m
2 min 57 – impressão do atleta
2 min 28 – cronômetro
Chega com um bico de barco de distância de S.(adversário do dia seguinte).

3) No terceiro encontro só foi realizada uma prova de treinamento mental. B.F.J. contou que havia chegado atrás de S. na regata. S. havia chegado com um barco em sua frente. Seguem abaixo os tempos cronometrado e estimado pelo atleta na prova mental.

Prova de 500m
4 min 3seg – cronômetro
2 min 49seg – impressão do atleta

É notável que discussões sobre a influência do trabalho psicológico com o atleta demandam mais encontros. No entanto, os encontros realizados serviram para um maior domínio do atleta sobre seu corpo e sua vida, tanto dentro e quanto fora da água, demonstrando uma forma de atuação da Psicologia para o esporte de desempenho.

Outra forma de atuação da Psicologia no projeto foi a realização de uma dinâmica, cujo principal objetivo foi a integração dos atletas e das famílias. O atleta B.F.J. não participou da dinâmica de grupo realizada com familiares e atletas do projeto. Comentou a sua ausência e se desculpou, mas não apresentou justificativa.

3. Objetivo:

A dinâmica de grupo teve como principal objetivo a integração dos novos atletas com os que já participavam do projeto e a integração entre os familiares. No início do segundo semestre, foram abertas novas vagas para pessoas com deficiência física ou visual que desejassem participar do projeto. Após a inscrição os interessados passaram pela avaliação médica e nutricional, realizada pelo Instituto Vivo, avaliação técnica pelo técnico do Clube Bandeirantes e avaliação psicológica pela equipe de estagiários do APOIAR.

4. MÉTODO

4.1 Participantes:

Atletas integrantes do projeto EU VIVO REMANDO, seus familiares ou acompanhantes, equipe técnica do projeto (técnico, estagiários e coordenação).

4.2 Procedimento da dinâmica integrativa: Um exemplo de intervenção

A dinâmica de integração consistiu de um encontro entre atletas participantes do projeto, seus familiares e a equipe do projeto. Inicialmente todos se apresentaram, pontuando a contribuição pessoal para o projeto e a função do esporte em sua vida.

Em seguida, foi realizada uma atividade em que atletas formaram um grupo e os familiares, outro. Cada grupo deveria elaborar um brasão, para o qual seriam levantados quatro valores que o grupo considerasse mais representativos. Individualmente, cada participante escolhia quatro valores que fossem os mais relevantes para si, apresentando-os na seqüência para o grupo. Depois, todos refletiam juntos acerca dos valores que seriam eleitos para representar o ideal do grupo.

A proposta do brasão, que é definido como conjunto de sinais, insígnias e ornamentos do escudo de um Estado, uma cidade, uma família, reuniu valores significativos para cada integrante presente.

Após a construção, cada equipe apresentou o seu brasão para a outra equipe, explicando cada valor e a essência do seu lema.

5. Resultados

No grupo dos atletas, as principais questões apresentadas foram da construção de um espírito de equipe, a necessidade de superação constante, não apenas a respeito da limitação física, como também dos sofrimentos emocionais decorrentes das dificuldades trazidas pela deficiência. O lema escolhido expressa a força de vontade dos atletas e o reforço constante que devem se fazer para acreditar em si mesmos: “Nós queremos, nós podemos!”.

Já dentre os familiares ocorreu uma troca muito interessante a respeito das diferentes experiências enfrentadas e da forma de encararem as deficiências dos atletas. Enquanto uns enfrentaram as deficiências desde a gestação dos filhos, outros tiveram de aceitar posteriormente as limitações adquiridas. O valor norteador expresso pelos familiares para o enfrentamento das dificuldades é o Amor. O grupo fundamentou parte de seu discurso na construção constante, elegendo um lema que refletiu as trocas: “Amor sem fronteiras”.

6. Discussão

Por meio da proposta do brasão, visamos a formação de uma identidade dos grupos, que até aquele momento haviam tido poucas oportunidades para se conhecer, além de propiciar um encontro que possibilitasse descontração, integração e a possível troca de experiências. Nossa expectativa era a de que diversos discursos pudessem se encontrar na dinâmica, e a partir daí e da participação dos estagiários, se pudesse sensibilizar um ao outro; amparar e significar certas vivências que, muitas vezes, parecem solitárias e difusas.

No grupo de familiares, participaram mães, pais, outros parentes (prima, filha) e amigos. O interessante foi que, ao compartilhar com o restante do grupo os valores escolhidos individualmente, foi possível perceber que prevaleceram alguns como Família e Amor, denotando a importância que aqueles indivíduos davam a seus familiares, o que era condizente com o apoio oferecido aos atletas do projeto. Isso também era explicitado pelo próprio fato dos acompanhantes terem comparecido ao evento.

Em certo momento houve uma troca muito interessante que se deu principalmente entre dois pais, sendo um deles um senhor de mais idade cujo filho, na faixa dos 40-50 anos, professor de educação física e dono de uma academia, sofrera um acidente e ficara paraplégico e o outro, um homem de meia idade cujo filho, na faixa dos 20 anos, nascera com uma má formação em uma das pernas e sempre fora atleta. Mais do que interação entre os atletas, a reunião proporcionou uma troca muito enriquecedora entre os familiares deles; nesse caso, entre duas visões muito distintas a respeito da deficiência, a partir de dois pontos de vista também muito diferentes, partindo de situações variadas. Foi interessante observar como se deu o jogo de forças entre dois discursos: um que era um pouco mais frustrado e inconformado, de um pai que relatava ver seu filho, depois de já adulto, voltar a necessitar de cuidados básicos e que em certos momentos ficava sem saber até que ponto sua ajuda era necessária ou intrusiva. Disse também ser muito difícil ainda aceitar e tolerar as limitações do filho, que era muito ativo antes do acidente. LIANZA et col. (1994), explica que a lesão medular é uma das formas mais graves entre as síndromes incapacitantes, constituindo-se em verdadeiro desafio à reabilitação (tanto física, quanto psicológica). Tal dificuldade decorre da importância da medula espinhal, que não é apenas uma via de comunicação entre as diversas partes do corpo e o cérebro, como também um

centro regulador que controla importantes funções como: respiração, circulação, bexiga, intestino, controle térmico e atividade sexual.

Já o outro discurso partiu de um pai que relatou ter criado inúmeras fantasias para seu primeiro filho ainda durante sua gestação e que foram despedaçadas no momento de seu nascimento, quando ficou ciente de sua deficiência, uma má formação de uma das pernas. No entanto, teve tempo para entender a situação, e, com auxílio médico, buscou dar a seu filho as melhores condições para que suas limitações físicas não o impedissem de realizar atividades normalmente. Atualmente, disse admirar muito seu filho, além de cobrá-lo bastante; o garoto em questão já é atleta de alto nível na natação e também vem tendo resultados expressivos no remo.

É interessante também registrar outra experiência relatada pelos pais de um atleta. Ele nasceu com mielomelingocele, doença que consiste na malformação da medula espinhal. Além das dificuldades físicas, há diversas outras complicações, como as neurológicas. Os pais souberam da doença durante a gestação, e apesar de terem ficado bastante confusos inicialmente por não saberem do que se tratava a doença, já passaram a amar o filho. Essa foi uma das razões levantadas para explicar porque o Amor era o valor que mais prezavam.

O terceiro valor escolhido foi a Esperança, que pode ser um fator de apoio para o enfrentamento das dificuldades. Para o quarto espaço, ante a indecisão do grupo (especialmente entre Confiança e Responsabilidade), não houve consenso, deixando-se em branco. Assim, abriu-se a possibilidade de cada um preencher o brasão com o que julgasse importante, o que permitiria contemplar todos os outros valores levantados. Também se buscou, dessa forma, transpor a idéia de que se está em constante construção, e todos são convidados a participar. O lema eleito foi “Amor sem fronteiras”, refletindo as discussões do grupo.

Em relação aos atletas, o discurso foi bastante marcado pela necessidade de se constituir um espírito de equipe entre eles. Os valores recorrentes, julgados importantes para cada atleta, foram motivação, compromisso e força de vontade. Durante a dinâmica a solidariedade e incentivo a participação de todos era evidente.

Discutiu-se muito a respeito da modalidade, que seria um esporte mais individual e daí a necessidade de um “espírito de equipe” a fim de unir e motivar o grupo a seguir em frente. Alguns declararam estar receosos quanto à característica individual do remo, já que estavam mais acostumados a esportes em equipe como o basquete. Este seria para eles um desafio. J., um dos participantes do projeto e que também é nadador, destacou que o esporte individual também tem suas vantagens, como a de superar os próprios limites, ou seja, o vencer estaria mais ligado a si mesmo do que ao vizinho de raia. Segundo ele, seria então um esporte mais voltado para dentro e que exigiria mais concentração e consciência dos próprios resultados. Foi ele também quem sugeriu e desenhou (com a aprovação do grupo) o átomo, cujos elétrons representariam os atletas em torno de um objetivo comum (núcleo): superação (lado esquerdo do brasão). O tema superação também se fez presente no lema escolhido pelo grupo para representá-lo: “Nós queremos, nós podemos”.

Também foi levantado que o esporte encarado tão a sério não teria ‘graça’, surgindo daí a palavra Alegria (lado direito do brasão), fazendo um contraponto com a obstinação. Com a finalização do brasão, foi interessante a iniciativa tomada pelos participantes de assinarem, um por um, o produto da dinâmica, apropriando-se dessa forma dos aspectos discutidos no grupo.

A equipe de Psicologia obteve diversas evidências da importância assumida pela proposta ante os participantes do projeto e seus familiares – fosse a relação à prática do esporte ou ao cotidiano fora dele. Como forma de ilustração, podemos citar a manifestação feita por um dos atletas ao término da dinâmica. Ele verbalizou o quanto se sentiu importante com a participação positiva do pai. Ele percebeu que o pai agregou valores importantes na discussão sobre ter um filho com deficiência, na tentativa de auxiliar outro pai que se encontra num momento difícil de aceitação da deficiência do filho. E completou afirmando que fazia muito tempo que não se sentia como um filho e que a experiência fora maravilhosa.

Dentre as famílias, a dinâmica possibilitou a troca de experiências e as suas impressões ante as diversas deficiências das quais são portadores os atletas do projeto. O grupo de estagiários sentiu o quão importante era para eles a abertura dessa possibilidade de trocar, aproximando-os de outros familiares que também enfrentam diariamente

dificuldades e permitindo-lhes não se sentirem desamparados. O brasão elaborado pelo grupo reflete os principais valores que norteiam o modo de lidarem com as deficiências, baseados na união e na cooperação familiares, no amor existente dentro dos vínculos e que lhes permite vencer os mais variados obstáculos, a esperança constantemente presente em suas vidas quanto ao futuro e a construção e as possibilidades amplas que vêem nas suas próprias trajetórias e nas dos atletas.

Cada equipe apresentou os valores do brasão e o lema da equipe em plenária, o que facilitou visualizar a construção de uma etapa significativa no projeto: com base num AMOR SEM FRONTEIRAS, NÓS QUEREMOS, NÓS PODEMOS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A . A psicologia do esporte aplicada aos portadores de necessidades especiais. Revista Digital Buenos Aires – Ano 13 – Nº 121 – Junho de 2008. - http://www.efdeportes.com/

Comitê Paraolimpíco Brasileiro - CPB – http://www.cpb.org.br/area-tecnica/modalidades/remo, 2008.

LEMOS-ASSUMPÇÃO, E. Psicologia do esporte adaptado: um novo desafio da psicologia / Adapted sport psychology. ID: 349896 Base de Dados LILACS. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=349896&indexSearch=ID

LIANZA, S., CASALIS, M.E.P., GREVE, J.M.D'A ., EICHBERG, R. A Lesão Medular. Medicina de Reabilitação. Volume 1, São Paulo ; Manoel, 1994.

SERENINI, A.L.P; SAMULSKI, D. Análise dos efeitos de um programa de treinamento mental no desempenho do saque em atletas de voleibol de alto nível no Brasil. In: Greco, P.J et all. Temas atuais em educação física e esportes 2. Belo Horizonte: Health, 1997.

;

Inscricao Numero: 669
Nome: SILVIA BEIER HASSE
Tel.: 01171117525
Email: silhasse@yahoo.com.br
Cidade: SAO PAULO
Estado: SP
Cursando: PSICOLOGIA
Semestre: Sexto
Faculdade: USP

POSTER 47

OFICINA DE MEMÓRIA E AUTOBIOGRAFIA

PROJETO DE CULTURA E EXTENSÃO:

Kátia Cherix
Livea Pires Martins de Oliveira
Karen Furlan
Mariana Couy
Orientadora: Leila Cury Tardivo

Oficina de Memória e Autobiografia

O envelhecimento como processo

O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social. A degradação psicológica e social ligada à velhice é uma construção social característica da sociedade em que vivemos atualmente. A importância da reminiscência para o idoso elaborar suas perdas é fundamental, uma vez que a escuta por outro é necessária para que a reminiscência se torne uma ação modificadora sobre a realidade e não apenas uma repetição. Nesse processo, o idoso transforma o tempo que já foi em discurso, e substitui, assim, o tempo perdido.

Para autora Ligia Py, o idoso passa por um processo de desapego onde ele começa a esfriar os vínculos e se retrair como uma forma de preparação frente à morte. Ela também mostra que o idoso precisa de apoio frente ao desamparo que sente e ajuda para a recuperação da sua auto-imagem. É importante construir uma nova imagem narcísica que não seja pautada na aparência física ou no trabalho. Além de lidar com as dificuldades naturais que surgem do processo de envelhecer, da dor das perdas dos objetos investidos, do corpo, do próprio eu, o idoso também tem que lidar com a exclusão social e o isolamento. Quando as pessoas envelhecem passam a fazer parte de um grupo estigmatizado, levando-se em consideração vivermos em uma sociedade que discrimina os idosos, e suas interações com os outros, trazem riscos eminentes ao seu auto-conceito e à auto-estima, em

virtude da total desconsideração por sua identidade. Segundo Birman (1995) a questão da velhice está começando a receber uma certa visibilidade social mas falta um reconhecimento simbólico. Isso quer dizer que por vivermos numa sociedade que cultua a juventude e os valores ligados a aparência jovial e poder econômico e, em contrapartida, excluímos aqueles que nos fazem lembrar nossas limitações. Não existe um espaço para que os idosos possam fazer projetos de vida porque no imaginário social os idosos não têm mais vida, sua vida já terminou e eles estão apenas esperando a morte. Sem um espaço de inserção social, o idoso não consegue fazer um projeto de futuro e viver bem os muitos anos de vida que lhe restam.

A oficina

Em nossa Oficina visaremos proporcionar uma escuta ativa do idoso e criar um espaço potencial para que ele possa compartilhar aspectos de sua vivência que são importantes. O modelo de Oficina aqui apresentado é uma adaptação baseada na Oficina de Formação "Memória Autobiográfica: Teoria e Prática", promovida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento _NEPE_ do programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP realizado em junho de 2008 pela professora Dra. Vera Maria Tordino Brandão. A cada encontro, utiliza-se um instrumento diferente, como foto, história, musica, objeto autobiográfico, etc., para incentivar os idosos a recordar e compartilhar lembranças com o grupo através do relato oral, que será registrado pelas psicólogas e, ao término da Oficina, entregue aos participantes em forma de livro. A Proposta da Oficina é de 07 (sete) encontros com 01h30 (uma hora e trinta minutos) de duração, constituída pela participação de 10 (dez) idosos membros do Lar de Velhinhos Ondina Lobo.

Nosso objetivo será Investigar a importância da vivência grupal e troca de experiências para o processo de envelhecimento e verificar se ocorreram mudanças significativas na qualidade de vida dos participantes através da análise dos resultados dos testes

INSTRUMENTOS:

BDI – INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO –

O Inventário Beck de Depressão foi desenvolvido por Aaron T. Beck e colegas em 1961, para se constituir uma abordagem objetiva de medida das manifestações comportamentais da depressão, composto de 21 categorias que descrevem sintomas e atitudes, com valores de 0-3 para cada afirmativa para indicar o grau de severidade do sintoma.

WHOQOL- BREF

O WHOQOL BREF (Fleck e colaboradores, 1998) é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente

TESTE DE APRECEPÇÃO TEMÁTICA PARA IDOSOS SAT)

Esta técnica foi concebida em 1973 por Leopold Bellak e Sonya S. Bellak como uma modificação da Técnica de Apercepção Temática (TAT), a partir de 16 pranchas que apresentam como temas questões relacionadas ao envelhecimento. (BELLAK , 1949/1992),

Inicialmente, Sonya Bellak desenhou 44 pranchas que foram apresentadas a idosos. A partir da constatação de que algumas pranchas de fato suscitavam histórias mais ricas e outras estimulavam histórias com pouca variedade, foi feita uma seleção que compõe a configuração atual de 16 pranchas. Propositalmente, quase todos os personagens são desenhados de forma ambígua quanto ao sexo e as pranchas são ligeiramente maiores que as do CAT ou TAT devido à freqüente dificuldade de visão entre os idosos.

As cenas escolhidas tem a ver com contextos adequados a situações variadas, relacionando aspectos socioeconômicos, étnicos e pessoais.

No projeto foram escolhidas oito das 16 pranchas foi norteada pela idéia de oferecer estímulos que privilegiassem aspectos de relacionamento e sociabilidade, e que permitam um estudo o mais amplo possível da personalidade, rejeitando então as pranchas que oferecem estímulos mais explícitos relacionados a aspectos mais patológicos (doença, isolamento, doenças, morte, etc).São as seguintes pranchas selecionadas, na ordem 1,3, 4, 5,13,14,15 e 16.

Esses instrumentos serão aplicados antes e depois da Oficin, e os resultados comparados.

Ao final do processo, esperamos que os idosos possam sentir-se escutados e valorizados pelas lembranças que carregam consigo. Além disso, podem vivenciar a experiência de fazer parte de um grupo, sentindo-se ativos por estar trabalhando em um projeto coletivo. Para muitos idosos a produção escrita é muito importante, pois se sentem realizados ao verem seus relatos materializados no papel.

Nossa proposta é de um projeto de extensão eticamente aceitável, seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 e, a Resolução do CFP Nº 016/2000. Alicerçados em uma proposta na qual os direitos e bem-estar dos participantes serão protegidos, os riscos minimizados, a seleção dos participantes será eqüitativa, apresentando o consentimento informado do sujeito e mantendo a confidencialidade dos mesmos.

Referências Bibliográficas

BELLAK,L. M. D. *Teste de apercepção para idosos e adultos - SAT.* Tradução de Maria Tereza Antonia Pacheco. Campinas: Psy, 1992. (Trabalho original publicado em 1949)

BIRMAN. J. "Futuro de todos nós: Temporalidade, memória e terceira idade na Psicanálise" in Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Unati, Relume Dumará, 1995.

CUNHA, J A – *Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo , 2001*

FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. - Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil / WHOQOL-OLD Rev. saude publica = J. public health;37(6):793-799, dez. 2003.

PY. L., "Envelhecimento e subjetividade " in Tempo de envelhecer, Nau Editora, São

Paulo, 2004.

POSTER 48

GRUPO PARA FAMILIARES DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO – RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.

Letícia Cintra[127]
Matsuzaka, C.

Introdução: A esquizofrenia é uma doença mental grave que afeta até 1% da população mundial, causando grande impacto na vida do portador e da família. Cerca de 30% dos pacientes não respondem satisfatoriamente ao uso de dois tipos de antipsicóticos em doses e por tempo adequados, sendo considerados portadores de esquizofrenia refratária3. Nesses casos está indicado o uso de Clozapina, medicação que requer monitorização freqüente com coleta de sangue semanal. Sendo assim, observamos que os familiares desses indivíduos merecem cuidado especial, tanto pela gravidade do quadro, que acarreta sobrecarga emocional, como pelas peculiaridades do tratamento. Objetivo: Relatar e discutir a experiência do acompanhamento em grupo dos familiares de portadores de esquizofrenia refratária. Método: Todos os familiares dos pacientes com esquizofrenia refratária do PROESQ – UNIFESP foram convidados a participar de um grupo semanal, coordenado por uma psicóloga e uma psiquiatra. Discussão: Diversos temas foram trazidos pelos familiares, sendo destacados: conceito, fatores causais e evolução da esquizofrenia, efeitos colaterais das medicações e manejo na fase aguda (crise). Com a coordenação interdisciplinar, foi possível propor a psicoeducação, um espaço de troca de experiências, o acolhimento das dificuldades, e ainda auxiliar na proposição de estratégias para solução e elaboração de problemas da rotina familiar.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Psicoeducação, Acolhimento

[127] Psicóloga, Acompanhante Terapêutica, Coordenadora da Psicologia do PROESQ- Programa de Esquizofrenia UNIFESP

Bressan, Rodrigo A. *Esquizofrenia Refrataria* / Editores Rodrigo A. Bressan e Helio Elkis. – São Paulo: Segmento Farma, 2007.

Inscricao Numero: 362
Nome: Letícia Antunes Dias Cintra
Tel.: 11-80256494
Email: lecintraaa@yahoo.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando:
Semestre: Primeiro
Faculdade:
Graduado na: Universidade Presbiteriana Mackenzie
Graduou-se em: 2006
Onde Trabalha ou atua: PROESQ - UNIFESP

POSTER 49

O BRINCAR COMO EXPERIÊNCIA DE VIVÊNCIA PARA PACIENTES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA CRUZ- SALTO PIRAPORA

RESUMO

Durante toda história da humanidade a loucura foi vista de acordo com o contexto sócio-cultural presente na época e em dada sociedade. Atualmente, a recomendação pragmática que nos convida a ver o sujeito como entidade está sempre aberta a novas redescrições. A partir desta premissa, propusemos uma tentativa de criar um espaço para que os pacientes pudessem, dentro dos limites e possibilidades de cada um, trabalhar a interação social por meio da oficina terapêutica com brincadeiras praticadas na infância. Busca-se também estimular através do lúdico o resgate de situações prazerosas através das brincadeiras típicas da infância a partir da consigna que recorressem às lembranças das experiências de brincadeiras vividas na infância.

Foram realizados seis encontros com os pacientes que participavam de maneira voluntária. Foram utilizados recursos como rádio, bambolê, bolas, e no último encontro, materiais para a confecção de brinquedos.

Através das brincadeiras, conseguimos estimular lembranças infantis, de familiares e relatos de situações marcantes. Constatamos que esta oficina foi um instrumento de expressão possibilitando a comunicação emocional e o exercício da criatividade.

Palavras-chaves: brincar no hospital, revivências infantis, oficina terapêutica

Nome: Fernanda Bonadia Souza Lolato
tel.: (15) 91418856
Email: nanda_bonadia@yahoo.com.br
Cidade: Sorocaba
Estado: AC
Cursando: Psicologia
Semestre: Oitavo
Faculdade: Universidade Paulista

POSTER 50

REFLEXÕES ACERCA DA EXPERIÊNCIA COM OFICINAS TERAPÊUTICAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Ana Angélica Roncolato
Marcela Peters Cremasco Gonçalves
Silvia Beier Hasse
Suellen Dantas
Orientadora: Leila Cury Tardivo

RESUMO

O artigo tem como objetivo discutir a respeito da experiência do estágio supervisionado em enfermaria infantil do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, realizado pelos alunos do terceiro ano do curso de graduação em Psicologia da mesma universidade, com a participação da monitora. Este estágio foi realizado no período de março a junho de 2009 seguindo o modelo de Oficinas Terapêuticas proposto pelas Oficinas Ser e Fazer do Instituto de Psicologia, segundo referencial winnicottiano.

Palavras-chave: oficinas terapêuticas – enfermaria infantil – subjetividade - expressão

INTRODUÇÃO

Nosso trabalho de Oficinas Terapêuticas foi realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, inspirado no projeto de Oficinas Terapêuticas de Criação – “Ser

e Fazer" – desenvolvido pelo APOIAR (serviço abrigado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).

O laboratório do APOIAR foi responsável por desenvolver um trabalho terapêutico a partir não só da escuta, mas também da possibilidade de se utilizar de outras atividades e materiais para mediar a relação do grupo terapêutico - terapeuta-paciente, terapeuta-grupo e pacientes-pacientes – assim como facilitar sua comunicação (TARDIVO, 2004a). Através dos convênios realizados pela equipe do APOIAR com instituições que demandam suporte psicológico (TARDIVO, 2004b) e de seus parceiros, que se torna possível aos estudantes o aprofundamento de questões pertinentes à Psicologia Clínica, bem como o desenvolvimento de trabalhos, de reflexões e de confrontamentos como os apresentados no presente artigo. Expõe-se a metodologia das Oficinas Terapêuticas, já desenvolvida em outros contextos, então inserida na situação específica da saúde mental quando considerada em âmbito institucional, sendo a intervenção feita em ambiente hospitalar.

Essas Oficinas, baseadas nos pressuspostos winnicottianos teóricos e de intervenção, foram propostas por Tardivo e Gil e vem sendo desenvolvidas há 5 anos, tendo dado origem a uma ampla gama de publicações, diversas delas em Tardivo e Gil (2008). Destaca-se o trabalho de Gil (2005) no qual são desenvolvidas oficinas terapêuticas de cartas, fotografias e lembranças no hospital psiquiátrico. Nessa proposta de oficinas terapêuticas tem-se desenvolvido ainda trabalhos com histórias-desenho (Labate, 2005), linha do tempo (Steiner, 2005), dentre outros.

De Winnicott herdamos principalmente dois aspectos da forma como realizar um trabalho terapêutico, o primeiro se refere ao caráter próprio da Consulta Terapêutica e o segundo, à utilização da arte como recurso que promove o contato e facilita a comunicação.

Quando se remete à Consulta Terapêutica, Winnicott enfatiza o fato dela não equivaler à psicanálise e de não poder ser usada com tal intuito. Na comparação desse modelo de Consultas com a psicanálise ele lembra ainda que casos diferentes requerem medidas distintas, ou seja, de acordo com a demanda, a urgência e o contexto do caso pode ser que a psicanálise não seja a melhor abordagem num dado momento e outras intervenções tenham assim, nesta especificidade, maior valor.

A Consulta Terapêutica irá, como proposta, utilizar o máximo do material não sujeito às defesas do indivíduo. Ela funciona nos primeiros contatos do terapeuta com o sujeito, no qual este acaba por se deixar envolver numa espécie de crença de que quem o escutará será passível de compreensão e até de solucionar seus problemas, por este motivo aquilo que emerge no contato é um material mais puro e que pode estar ligado às suas queixas mais profundas e exposto de forma menos disfarçada. Nesta perspectiva é fundamental que seja dada a informação correta do trabalho a ser realizado, mobilizando as angústias do sujeito e propiciando a ele um setting acolhedor e também provedor.

Quando nos referimos ao setting acolhedor e provedor não pretendemos criar uma fórmula e utilizá-la em todos os contextos afirmando uma conduta ideal a ser realizada. É justamente o contrário. O setting acolhedor e provedor se baseia na construção de um espaço propício para receber aquilo que o sujeito traz de acordo com a demanda que o acompanha, de certa forma transformando-se para receber o paciente em singularidade e nas peculiaridades de sua condição.

Muitas vezes o terapeuta, na ânsia de ajudar o paciente em sua queixa e/ou em seu sofrimento, recebe o paciente enquadrando-o numa interpretação e especulando sobre o que ele deve dar como devolutiva ao paciente para ajudá-lo. No entanto, agindo a partir desta perspectiva pode-se acabar deixando de lado a verdadeira compreensão e escuta da demanda do sujeito. Muitas vezes o setting terapêutico consiste em prover aquilo que o sujeito não pede diretamente, mas que se expressa a partir da forma como ele se expõe. Winnicott cita um caso de um paciente que foi a uma consulta após sofrer uma tentativa de assalto. Ele nada sabia sobre o ocorrido e durante a sessão não pôde dar-lhe dicas específicas do que fazer para ajudar o paciente com seus problemas. O modo de agir do menino durante a sessão consistiu em desconfiar e manter Winnicott sobre seu controle. Foi essa a melhor forma de transmitir a ocorrência do assalto a Winnicott, que acolheu sua demanda, permitindo que a sessão inteira se resumisse nisso, respeitando o limite do paciente e sendo assim provedor da confiança que o paciente necessitava para poder assimilar o ocorrido. Após essa sessão o paciente contou do fato à sua mãe e no dia seguinte o fez também espontaneamente a Winnicott. Referindo-se a essa situação Winnicott escreveu: “O importante de tudo isso foi a comunicação do menino, efetuada por não fazer nada acontecer, e a minha aceitação disso como sendo uma comunicação.”

A partir da definição de Winnicott sobre o que é uma Consulta Terapêutica construímos o caráter de nossa intervenção no modelo de Oficinas Terapêuticas, com o intuito de propiciar o espaço em que o sujeito deixa emergir suas angústias a alguém que possa acolhê-las, suportá-las, na forma como foram apresentadas, deixando em segundo plano e até se tornando independente da interpretação, não sendo ela o foco principal da consulta.

Ainda se tratando da relação terapeuta-paciente, herdou-se de Winnicott também a forma como essa relação se dá. Ela não se baseia no estabelecimento de correlações de fatores de forma explícita e/ou direta, mas sim a partir da relação de confiança e vínculo entre terapeuta e sujeito, se constituindo na troca subjetiva entre os dois.

A Consulta Terapêutica geralmente ocorre por um curto período de tempo (de um a três encontros), portanto o contato com o paciente deve ser aproveitado ao máximo. Para contribuir com este trabalho é importante o uso de técnicas pré-estabelecidas, que serão utilizadas flexivelmente de acordo com cada sujeito, demanda e contexto.

Segundo Winnicott, a base para qualquer técnica que se utilize como recurso terapêutico é o brincar. E referindo-se ao brincar é necessário que a criança se torne capaz de brincar, o que seria uma conseqüência de sua confiança no ambiente provedor. Para que o terapeuta seja capaz de auxiliar a criança neste processo, é preciso que ele também tenha prazer nessa brincadeira.

Uma técnica utilizada por Winnicott por muitos anos foi o Jogo do Rabisco. Quando a descreve tem todo o cuidado de esclarecer que não há regras ou regulamentos que o determinam e que ele não pode ser usado para uma avaliação. A particularidade desta técnica é a de justamente possibilitar a comunicação entre o sujeito e o terapeuta, de forma que o contato entre eles se dá na confiança de um no outro; os dois desenham à partir de sua subjetividade e esta é a condição necessária para o sentido do Jogo. Assim como o paciente, o terapeuta também está se abrindo de alguma forma ao paciente, e é esta abertura que cria uma relação de iguais entre eles e é geradora da confiança que permite que as angústias se externalizem. A diferença está na utilização que se faz das manifestações, o foco será o paciente e o conteúdo trazido pelo terapeuta será só um meio de estabelecer o contato e possibilitar expressão do sujeito, e não fonte de discussões ou análises.

ATIVIDADES DE ESTÁGIO SEGUNDO MODELO DAS OFICINAS TERAPÊTUCIAS

As oficinas terapêuticas realizadas no estágio de psicopatologia no Instituto de Psiquiatria, citadas anteriormente, tiveram como base as Consultas Terapêuticas de Winnicot, com um trabalho terapêutico mediado por materialidades e ainda num conxtexto que usufruisse do brincar, também propostas de Winnicot. Estas vem sendo desenvolvidas pela Ser e Fazer e, a partir de 2005, também foram inseridas no contexto dos hospitais psiquiátricos pela equipe do APOIAR, por intermédio do mesmo Laboratório (TARDIVO E GIL, 2008).

O campo psicanalítico foi adotado na realização das oficinas, sendo a ele acrescentadas manifestações de criação, inventividade e flexibilização. O enquadre do Ser e Fazer permitiu tal noção criativa, além de propiciar o atendimento em grupo, aliado a olhares individualizados para cada paciente.

O estilo clínico Ser e Fazer consiste, basicamente, em um modo específico de se exercer a Psicanálise. É uma “clínica voltada à superação da dissociação que impede o viver autêntico”, nas palavras de Tânia Vaisberg (2006), uma das precursoras do assunto. Tal clínica utiliza-se da arteterapia, e surgiu enquanto manifestação contrária às práticas manicomiais e contra a desigualdade social advinda das considerações imaturas acerca da loucura e dos excluídos. A principal finalidade do Ser e Fazer, então, é a busca por condições mais dignas e humanas aos sujeitos, tendo por intermédio a base teórica e existencial de Winnicott, a qual coloca as psicopatologias psicanalíticas como expressões do sofrimento humano (AIELLO-VAISBERG, 2004).

O ideário winnicottiano também é preservado na prática do Ser e Fazer através da materialidade mediadora na relação paciente e terapeuta – materialidade esta que pode ser amplamente transformada no decorrer da continuidade do trabalho. Solicita-se constantemente contribuições por parte do terapeuta e sua flexibilidade para adaptar sua proposta. Na consulta, a vivência do paciente é única e pessoal, já que sua experiência ante o objeto apresentado se dá segundo seu próprio amadurecimento emocional. Além disso, durante a consulta abre-se um mundo temporário e já delimitado para o brincar, propiciando gestos criativos capazes de integrarem e organizarem a psique de quem inventa.

A arteterapia winnicottiana facilita a realização simbólica em pacientes com necessidades mais regredidas, propiciando sua personalização transicional. Para pacientes mais preservados, se restabelece ou se fortalece o contato mais integrado com o *self* verdadeiro, o que favorece a gestualidade espontânea (AIELLO-VAISBERG, 2005). Dessa forma, quaisquer indivíduos acometidos por problemáticas de diversas naturezas (sejam elas existenciais ou emocionais), de diferentes graus, podem se beneficiar das oficinas psicoterapêuticas. Estas são, por essa razão, ditas *inclusivas,* além de não segregarem os pacientes com maior ou menor comprometimento.

Todos participam igualmente no *setting* analítico, no qual se fazem encontros inter-humanos. Nestes encontros, entende-se que qualquer conduta humana tem sentido. Esse sentido é passível de compreensão quando considerado o seu contexto de inserção, seja ele histórico, social e cultural, válido tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo (AIELLO-VAISBERG, 2004). Assim se explica a inclusão possível no campo das oficinas, e que se faz como apenas uma das vertentes do atendimento, incluindo aí também políticas educacionais. A atividade clínica, a partir da compreensão das condutas, visa favorecer a mutação no campo da existência.

O evento mutativo, chave da clínica, é favorecido pelo psicanalista ante o paciente criador e constitui o processo de adaptação e de melhoria da forma como se relaciona com o mundo. Este processo é um ato ativo, em que se visa reparar o dano de uma organização inadequada, não funcional ao corpo. No paciente se busca desenvolver uma *aprendizagem significativa,* centrada no próprio sujeito a fim de se superar um não-saber de si, adquirindo o autoconhecimento – a finalidade da interpretação é, então, pedagógica (AIELLO-VAISBERG, 2004).

Da parte do psicoterapeuta, as oficinas Ser e Fazer exigem-lhe disponibilidade e devoção pessoal para fazer o *holding*. A essência desta prática é a sustentação do paciente, de sua presença e de seu gesto e, para isso, o terapeuta se faz sensível às necessidades de quem cuida. O manejo do *setting* é crucial, pois é através da preparação do ambiente terapêutico que se realizarão construções e interpretações que justamente trarão ao paciente o saber de si e a sensação de continuidade de seu ser.

Em suma, os aspectos mais relevantes a serem recolocados acerca da clínica psicanalítica na Ser e Fazer e no projeto APOIAR são o encontro inter-humano, a prática do

holding, as materialidades mediadoras e o *setting* analítico. A promoção de autoconhecimento do paciente ocorre naquele ambiente criado, e com o favorecimento da gestualidade espontânea se permite experiências mutativas do viver.

HISTÓRIA DO INSTITUTO DO PSIQUIATRIA DO HCFMUSP E DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA INFANTIL

O Instituto de Psiquiatria teve seu início em 1952. Desde seu início, acompanhava e colaborava para o avanço do conhecimento etiopatogênico baseado em evidências reais dentro do que se conhecia na época. A pesquisa genética em transtornos mentais vinha demonstrando que a herança poligênica e multifatorial é fator importante na gênese da esquizofrenia. As pesquisas de todo genoma aceleraram novos avanços na detecção de genes de pequeno efeito. O Instituto de Psiquiatria, recebendo do Prof. Pacheco e Silva forte influência na busca das bases bioquímicas da Psiquiatria, resultou no que se tem hoje. (AMARO, 2003)

É importante destacar a história da Psiquiatria Infantil no Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Até a década de 1950, não existia em São Paulo um serviço médico especializado nos atendimentos de crianças e adolescentes portadores de distúrbios psíquicos; doentes graves, como os psicóticos, por exemplo, eram internados e tratados em hospitais psiquiátricos para adultos; distúrbios de comportamento e manifestações de características neuróticas eram atendidos em centros de psicologia que utilizavam, como terapêutica, unicamente métodos psicoterápicos ou psicopedagógicos. Na década de 1950 também não existia, em São Paulo, hospital psiquiátrico pertencente a uma universidade, sendo as aulas de Psiquiatria de cursos médicos ministradas em hospitais públicos. O Prof. Pacheco e Silva, ao concluir e instalar o Instituto de Psiquiatria, teve a visão de buscar a instalação de um Setor de Psiquiatria Infantil. Ele, nessa mesma década, ministrando aulas de Psiquiatria, demonstrava aos estudantes de Medicina da FMUSP a importância do desenvolvimento do estudo e das pesquisas em Psiquiatria Infantil. Ao retornar, em 1960, agora com uma bagagem de experiência em Psiquiatria Infantil, participou da criação de um Setor de Psiquiatria Infantil na Clínica Psiquiátrica.

O Prof. Carvalhal Ribas ficou como responsável pelo Setor de Psiquiatria Infantil. Eneida Baptistete Matarazzo e o Dr. Julcir Meirelles Penna, o qual trabalhara como pediatra até então, iniciaram o projeto pioneiro de atendimento ambulatorial de menores de até 17 anos, que eram encaminhados para tratamento de distúrbios psíquicos. Foi esse o início da institucionalização de um Setor de Psiquiatria Infantil no Instituto de Psiquiatria. Em 1961, foi criado oficialmente o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA), que passou a funcionar em ambulatório próprio e em duas enfermarias, cada uma com 42 leitos. (AMARO, 2003)

Eneida Baptistete Matarazzo foi quem, na prática, liderou e organizou o Serviço de Psiquiatria Infantil. Reconhecido como centro de excelência para atendimento psiquiátrico de menores, o SEPIA atendia número crescente de pacientes, justificando aumento progressivo de sua equipe multidisciplinar. Esse fato, associado à grande experiência prática de Eneida e seu grupo, levou-a a propor ao Departamento de Psiquiatria a criação de uma residência médica em Psiquiatria Infantil, com programação de três anos, sendo o primeiro deles em Psiquiatria Geral. Essa residência, pioneira no Brasil, forma especialistas desde 1974.

Atualmente, o SEPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – conta com os atendimentos ambulatoriais especializados, hospital-dia infantil e enfermaria, com o objetivo de diagnóstico de crianças e adolescentes, tratamento e desenvolvimento de pesquisas.

A enfermaria onde foi realizado o estágio de psicopatologia pelos alunos de psicologia reduziu sua capacidade com o passar dos anos e hoje possui quatorze leitos, atendendo a crianças e adolescentes, encaminhados pelos ambulatórios ou outros serviços de saúde mental, que possuem condições físicas e ou psiquiatras de risco, alta agressividade, tendência de auto e hetero eliminação, grande número de sintomas positivos que prejudicam as condições de vida do paciente e não resposta ao tratamento ambulatorial. Os pacientes são internados juntamente com um membro da família para que seja preservado o vínculo familiar importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostrou-se de grande importância na diminuição do número de internações bem como no índice de reinternações.

REALIZAÇÃO DAS OFICINAS TERAPEUTICAS

As intervenções desenvolvidas na Enfermaria Infantil aconteceram no período de março a junho de 2009. Iniciamos o trabalho com a proposta de realização da oficina em encontros semanais, com cerca de uma hora e meia de duração, nos quais estariam presentes os pacientes que pudessem e quisessem participar da atividade organizada pelos estagiários e monitora. Os encontros aconteciam no refeitório da enfermaria, um ambiente que facilitava o contato entre os participantes (estagiários e pacientes) por ser um espaço reservado e tranqüilo, onde todos podiam atuar e se comunicar em torno de uma grande mesa.

Antes de iniciarmos a oficina propriamente dita, explicávamos o intuito daquele encontro, qual atividade seria feita naquele dia e, se houvesse um novo paciente ou estagiário participando do grupo, nos apresentávamos e pedíamos que os pacientes se apresentassem.

Os estagiários eram os estudantes do terceiro ano da graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e a monitora era aluna de mestrado do mesmo instituto. É importante apontar que, em todos os encontros, também participávamos juntamente com os pacientes, fazendo as atividades.

O objetivo das Oficinas Terapêuticas eram fornecer um ambiente terapêutico de escuta favorecedor de crescimento emocional e desenvolvimento de potencialidades, possibilitando a sustentação emocional e a recuperação do gesto criativo do paciente a partir das materialidades mediadoras.

O primeiro encontro foi marcado por certa ansiedade pois foi o nosso primeiro contato com os pacientes na Enfermaria Infantil e não saberíamos como se daria a dinâmica do grupo.

Neste encontro propusemos a elaboração de um desenho livre. Pedimos aos pacientes que comentassem sobre o desenho e dissessem de que forma aquilo poderia representá-los. A proposta de se fazer um desenho livre era a de iniciar uma aproximação com os pacientes e conhecer um pouco sobre eles.

Encerrada a atividade, os pacientes propuseram que participássemos de um jogo no qual uma estória deveria ser contada com a utilização de cartas – que representavam ações, emoções, objetos, lugares e personalidades -distribuídas entre os membros do grupo. Cada

participante recebia três cartas e escolhia uma delas para criar uma parte da estória que era completada pelo participante seguinte. Esta atividade proporcionou maior interação entre todos os participantes e propiciou maior abertura nas relações.

No segundo encontro a atividade proposta envolveu vários tipos de labirintos. Este jogo teve por objetivo levar os pacientes a trabalhar com formas de se lidar com desafios, já que a atividade demandava atenção e avaliação de contextos apresentados pelo problema.

Os labirintos foram resolvidos por duplas formadas por um estagiário e um paciente. As duplas puderam resolver mais de um tipo de labirinto. Após as resoluções dos labirintos cada dupla compartilhou com o grupo sua experiência – qual era a exigência do labirinto, como o solucionou e os sentimentos e reflexões gerados a partir da atividade. Uma de nossas propostas de reflexão foi a comparação entre as dificuldades de tomar uma decisão e as conseqüências acarretadas por ela evidenciadas tanto no jogo quanto na vida e no cotidiano. Os aspectos relacionados aos labirintos foram os diferentes caminhos que podemos seguir para chegar num mesmo objetivo, os diferentes objetivos que podemos alcançar a partir de um mesmo caminho, a possibilidade de caminhos distintos levarem a diferentes pontos, as restrições existentes para cada caminho, a possibilidade um mesmo caminho ser percorrido de diversas formas podendo chegar num mesmo ou num outro lugar, etc. Ante as manifestações de desestimulação, desânimo, frustração ou irritabilidade, ou mesmo quando sentíamos que os pacientes demandavam ajuda, nós tentávamos lhes mostrar outras possibilidades de ação.

Ao longo da atividade notamos que os pacientes permitiram maior aproximação por parte dos estagiários e se permitiram agir com mais naturalidade. Em comparação com a atividade do desenho percebemos que quando os pacientes sentiam que o foco era suas questões pessoais, havia maior resistência, e quando a atividade não parecia ser direcionada a desvendá-los, emergia maior expressividade deles mesmos.

No terceiro encontro, tendo em vista a funcionalidade dos jogos mais objetivos para este grupo, construímos um Jogo de Tabuleiro “Puxa-Conversa”, que envolvia cartas contendo perguntas que foram classificadas como objetivas ou subjetivas. Isso possibilitaria o compartilhamento de opiniões sobre os assuntos trazidos pelas perguntas do jogo, permitindo, assim, que os participantes se relacionassem e expressassem mais seus juízos e sentimentos.

O tabuleiro do jogo consistia em um trajeto segmentado em “casas” de diferentes cores, havendo uma bifurcação que gerava a possibilidade de se escolher entre dois caminhos, um mais curto e com mais obstáculos (casas "volte 3 casas" e casa “permaneça neste local”) e outro mais longo com menos obstáculos (“volte duas casas”). Havia quatro cores possíveis para as “casas” e cada uma delas representava uma ação a ser tomada pelo participante: responder a uma questão objetiva, responder a uma questão subjetiva, fazer uma questão dentre essas a sua escolha para outro participante ou escolher uma delas para responder. O vencedor do jogo seria aquele que chegasse primeiro ao fim do trajeto.

O fluxo do jogo seguia em sentido horário. Ao jogar o dado, o participante andava o número de casas correspondente ao indicado pelo dado e devia realizar a ação que a casa determinava (de acordo com a sua cor). Havia a possibilidade da questão não ser respondida, no entanto isso acarretaria em permanecer na mesma “casa”, não avançando no tabuleiro. Cumprida a ação, o próximo participante jogava. Os pacientes participaram da atividade de formas variadas, alguns se mostraram mais interessados e envolvidos que outros, porém todos atuaram de forma ativa e se expuseram minimamente ao grupo.

Como as perguntas sorteadas eram previamente formuladas, os pacientes não pareceram se sentir tão intimidados ao falarem de si mesmos, permitindo que nos aproximássemos deles, que entrássemos em contato com suas intimidades e que os conhecêssemos mais. O fato de o jogo possuir uma meta que só era alcançada pela fala permitiu a facilitação dessas revelações. O desenvolvimento dessa atividade nos possibilitou pensar na efetividade do jogo como um espaço mais facilitador e propulsor da emergência de aspectos emocionais.

No quarto encontro realizamos a Oficina de Figuras. Preparamos essa oficina selecionando e recortando previamente figuras de revistas. As figuras ficaram espalhadas sobre as mesas do refeitório, a fim de que todos os pacientes as visualizassem. Os participantes deveriam escolher figuras com as quais se identificavam ou não e compartilhavam com o grupo um pouco de como se viam a partir das que selecionavam. Os pacientes estiveram engajados na atividade e passaram a nós a impressão de que estavam se sentindo seguros. Durante a atividade compartilharam com o grupo questões que eram

motivo de sofrimento na vida deles, como perda de filho, experiência relatada por uma das pacientes adolescentes, e brigas familiares.

Esta foi uma oficina que marcou nossa trajetória na Enfermaria Infantil, pois a partir dela que nossas atividades começaram a ser propostas num modelo mais aberto, desvinculando a experiência dos adolescentes de uma possível rigidez e limitação trazida com as regras dos jogos. O jogo se mostrou um bom instrumento de interação e integração do grupo, o que possibilitou a criação de um vínculo entre estagiários e pacientes. Apesar da rotatividade da enfermaria, a maioria dos pacientes que participava das atividades eram os mesmos e após a aproximação dos integrantes do grupo, passo que foi dado com o jogo, pensamos sobre outros aspectos que poderiam ser relevantes aos pacientes, mas que poderiam não ser alcançados nesse modelo circunscrito de trabalho. Através da mudança do modelo nossa intenção era a de que os pacientes pudessem se expressar com maior liberdade e tivessem mais autonomia quanto às questões a serem abordadas no grupo, emergindo de fato aquilo que era importante para eles naquele dado momento.

Propomos no quinto encontro a atividade de Escrever Cartas. Cada um dos participantes deveria escrever uma carta ou um recado para alguém, um amigo, um familiar, alguém vivo ou morto, alguém que existisse ou não.

Alguns pacientes aceitaram a proposta melhor do que outros. Houve quem escrevesse a carta como proposto e quem preferiu fazer um desenho. Mas, todas as realizações tinham por finalidade a comunicação, e durante a exposição de seu trabalho cada um levantou aspectos relevantes sobre a vida social, familiar e sobre si mesmo. Entendemos que essa liberdade de modificar o que foi proposto como parte da nossa intenção de permitir maior flexibilidade da atividade, propiciando as expressões em sua singularidade.

A atividade de “Caminhos” foi a proposta do sexto encontro. A partir da realização de um desenho, o participante deveria pensar sobre sua vivência no hospital, como foi sua chegada, como estava sendo conviver naquele ambiente e o que esperava de seu futuro ao sair dali. Propomos que o desenho fosse composto de um caminho em que fosse possível colocar nele os fatos principais vividos a partir da experiência de internação. Criamos esta atividade também com o intuito de finalizar as oficinas daquele semestre, retomando a

experiência do grupo no hospital. Percebemos que os pacientes estavam mais confiantes para compartilhar conosco certas angústias e mais tranqüilos ao estar na atividade.

Após o encerramento, por ainda haver tempo, perguntamos aos pacientes se eles gostariam de fazer outra atividade. Foi sugerida por um dos pacientes a brincadeira “detetive”, ao que todos concordaram. Sentimos que esta interação foi muito positiva, pois além de ter sido um momento de descontração, possibilitou o contato por olhar, sem que esta ação fosse considerada intrusiva, uma vez que o jogo dependia dessa ação.

DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento de nosso trabalho fomos nos apropriando cada vez mais da dinâmica e da proposta das Oficinas Terapêuticas. Inicialmente seguindo o modelo de forma mais rígida, ao assimilá-lo com mais propriedade fomos refletindo e aperfeiçoando-o segundo o que achamos mais pertinente de acordo com a nossa experiência, a especificidade de nossos pacientes e o contexto em que eles estavam inseridos.

Já no início do trabalho, ainda muito atrelado à estrutura proposta pela Oficina Terapêutica consideramos aspectos que julgamos importantes quando nos colocamos no lugar de terapeutas, intervindo e tentando possibilitar uma melhor qualidade de vida aos nossos pacientes. Por definição, a Oficina Terapêutica se propõe a utilizar uma materialidade como mediadora da relação terapeuta-paciente, sendo também o meio pelo qual o sujeito irá externalizar o seu sentimento em relação a algum aspecto de sua experiência de vida. Este material psíquico emergente será o foco de uma posterior conversa ou mesmo de uma compreensão e recebimento desse conteúdo de forma não verbalizada por parte do terapeuta.

Com uma proposta abrangente de propiciar um ambiente seguro e criativo de acordo com a singularidade de cada paciente, partimos com a idéia de criar materialidades a partir do que o contato com os pacientes nos fez pensar que seria interessante a ser trabalhado com eles. Nesta perspectiva, a cada encontro utilizamos de uma materialidade diferente. Visávamos, dessa forma, que as materialidades apresentassem e fossem um meio de trabalharmos certas questões que nos pareciam pertinentes ao mundo e às dificuldades enfrentadas pelos adolescentes internados. Mesmo modificando a cada encontro a

materialidade, tínhamos em mente que ela servia apenas como ferramenta nas relações com os pacientes. Através dela que seriam possíveis as revelações, as diferentes formas de manifestação de angústias e a configuração de um trabalho terapêutico.

Essa busca inicial por materialidades que pudessem ser contextualizadas para os pacientes foi de grande valia, pois nos permitiu entrar em contato com eles e com alguns aspectos íntimos relevantes. Uma vez estabelecido o vínculo, foi possível darmos mais um passo em busca da ampliação da espontaneidade e da integração dos *selves.* Destituímos da materialidade qualquer formato rígido, permitindo em maior grau o moldar por parte dos pacientes, conotando o caráter flexível às propostas das oficinas. Com materialidades menos estruturadas, depositávamos menos expectativas prévias acerca do trabalho, o que permitia a nós e aos próprios pacientes o surpreender-se no decorrer das atividades.

Considerando que as internações no IPq não possuem um tempo pré-estabelecido e que têm uma duração limite, podendo ser curtas e causando a grande rotatividade de pacientes na enfermaria, julgamos que seria necessário que cada atividade tivesse um começo-meio-fim e que essa fosse terapêutica em si, ao ser construído um espaço acolhedor às demandas do sujeito específicas daquele momento e ao possibilitar a apropriação e a ressignificação de suas experiências.

Ao mesmo tempo, nos pacientes que compareceram a vários encontros, pudemos observar mudanças perceptíveis em sua forma de externalizar o que sentiam e ir além do que é tão valorizado no ambiente hospitalar – seu diagnóstico e o acontecimento que os levou ao hospital.

O fato de a intervenção ocorrer no hospital tem um sentido próprio; apesar de estarmos inseridos naquele ambiente controlador e que determina uma rotina a ser seguida, o que deve ou não ser feito, qual o momento para cada atividade, em nosso trabalho buscamos dar uma abertura para que o sujeito tenha o direito de usar a atividade proposta de uma forma mais livre, podendo inclusive estar conosco e não realizar atividade alguma. Através das oficinas terapêuticas, seria possível o desenvolvimento de potencialidades que podem ficar suprimidas ante um quadro psiquiátrico ou quando este é focalizado, ao invés de ser percebido o sujeito que está ali.

Pensando ainda sobre a questão do trabalho no hospital temos que refletir a respeito de qual seria nossa maior contribuição a esses pacientes – crianças e adolescentes,

internados, distanciados da família, dos amigos e do cotidiano comum daqueles de mesma idade e que estão fora do hospital, estando sujeitas a uma rigidez das regras e modos de agir diários. Nossa proposta de trabalho é uma melhoria da qualidade de vida dessas crianças e adolescentes, e pensando neste contexto como isso pode ser feito? É a partir desta contextualização que pensamos ser importante o brincar.

Quando se trata de crianças, o brincar descompromissado já é muito importante; tratando-se ainda de crianças num contexto em que não há liberdade para essas vivências de forma plena, cria-se a importância de um espaço que tenha menos seriedade e mais possibilidades de ações com certo grau de liberdade. Por esta razão pensamos em utilizar os desenhos e principalmente os jogos, que foram muito facilitadores no estabelecimento da relação terapeutas-pacientes. Em relação aos adolescentes, cuja fase é primordialmente de descobertas a respeito de si, das formas de se relacionar e do espaço ocupado pelo outro, a importância das oficinas se deu no sentido de permitir que saíssem, mesmo que por alguns momentos, do diagnóstico com o qual são reconhecidos no hospital e na própria vida cotidiana, para se manifestarem abertamente, inovarem e se reinventarem.

Também vale ressaltar o quão importante é a ação dos pacientes sobre seu meio, o que ocorre no desenvolvimento de atividades terapêuticas. Assim, renuncia-se a um papel de passividade ante as estimulações recebidas. As oficinas terapêuticas se fazem a partir dessa atuação ativa dos participantes, sendo seu valor encontrado, em grande parte, na participação e no envolvimento de todos na proposta.

O fato de, ao primeiro contato, aparentemente, fazermos parte da equipe hospitalar, criava uma barreira à relação terapeuta/paciente. No entanto, nosso papel na instituição é diferente daquele exercido por médicos ou enfermeiros, pois não reportamos o conteúdo do que nos é revelado nas Oficinas, não sendo isso influente na forma como o paciente é tratado no hospital, no tempo de permanência ou nos remédios a serem tomados. Além disso, não focalizávamos quaisquer formas de resultados, a produção de relatórios ou a realização de avaliações. Quando esclarecemos isso a eles, percebemos que houve mudanças nos conteúdos trazidos. Os pacientes, nesta ocasião, se sentiram mais livres para se expressar e mais confiantes no ambiente e em nós – os terapeutas. Por meio das próprias atividades desenvolvidas buscamos possibilitar aos pacientes pensar nos seus processos dentro do hospital, ou, ao menos, possibilitar a emergência de seus sentimentos

a respeito do fato de estarem internados e de como a dinâmica hospitalar influenciava em seu cotidiano. Por conta disso foi fundamental esclarecermos o papel que desempenhávamos na instituição, distante dos médicos e avaliadores, e mostrar a eles que nosso principal objetivo era oferecer-lhes a escuta.

O vínculo com o hospital nos dava o compromisso de reportar nosso trabalho e também, de certa forma, de mostrar a importância da intervenção que fazíamos, para que assim, julgado como relevante, permanecêssemos com um lugar de atuação dentro da enfermaria. Esse fato gerava em nós a sensação de pressionamento a dizer algo sobre os pacientes, e em dado momento deixou difusa nossa percepção da real importância que a atividade poderia ter para eles. Suprindo nossas próprias angústias e refletindo a respeito, ficou mais claro para nós que mais importante do que aquilo que o paciente consegue verbalizar ou externalizar são os significados e os sentimentos que os sujeitos criam e do qual se apropriam, podendo ter um sentido próprio para eles e ser relevantes para a então melhoria, de alguma forma, em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. (2004) Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. São Paulo: Idéias e Letras.

AIELLO-VAISBERG, T (2005) Ser e Fazer: Encontros brincantes na Arteterapia Winnicottiana. *In*: *Outeiral, J., Hisada, S., Gabriades, R. & Ferreira, A. (orgs.) Winnicott – Seminário brasileiros.* Rio de Janeiro: Revinter, p. 194-198.

AIELLO-VAISBERG, T. (2006) O Ser e o Fazer na clínica ampliada e a radicalidade psicopatológica do pensamento de D. W. Winnicott. *In: Calderoni, D. (org.) Psicopatologia: Clínicas de Hoje.* São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, p. 109-120.

AMARO, J. W. F. (2003) A História do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Revista de Psiquiatria Clínica. 30 (2): 44-71.

GIL, C. A. e colaboradores (2005) Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças: uma proposta de enquadre clínico diferenciado no hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L S P C; GIL, C A e colaboradores. Anais da III Jornada APOIAR:

Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o papel da psicologia clínica social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

LABATE, C. G. e colaboradores (2005) Oficina Terapêutica: História-desenho com pacientes psicóticas. In: TARDIVO, L S P C; GIL, C A e colaboradores. Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o papel da psicologia clínica social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

STEINER, A. L. e colaboradores (2005) Relato de Experiências: oficina linha do tempo. In: TARDIVO, L S P C; GIL, C A e colaboradores. Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o papel da psicologia clínica social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TARDIVO, L.S.P.C. (2004a) O adolescente e Sofrimento Emocional nos dias de hoje - Reflexões psicológicas - Encontros e Viagens. Tese de Livre Docência apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TARDIVO, L.S.P.C. (2004b) O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e o APOIAR: fundamentos e propostas. In: Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora, vol.5, n.1. p. 40-47.

TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C A (2008) *Apoiar: Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: SARVIER.

WINNICOTT, D.W. (1965) O Valor das Consultas Terapêutcias. *In. Winnicott, C, Shepherd, R. (orgs.) D.W. WINNICOTT – Explorações Psicanalíticas.* Pouso Alegre: Artes Médicas. p. 244-248

WINNICOTT, D.W. (1968) O Jogo do Rabisco. *In: Winnicott, C, Shepherd,R. (orgs.) D.W. WINNICOTT – Explorações Psicanalíticas.* Pouso Alegre: Artes Médicas. p. 230-243

POSTER 51

RELATO DA EXPERIÊNCIA COMO TUTORAS A UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA NO CONFRONTO ENTRE ONIPOTÊNCIA E IMPOTÊNCIA

Iana Ferreira
Aline Closel[128]
Ana Luiza de Figueiredo Steiner
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Leila Cury Tardivo

.

Introdução: Relato da tutoria domiciliar realizada por uma dupla a um paciente com ELA, sendo que a solicitação para esse trabalho foi feita pelo próprio paciente através do ambulatório da ABRELA.

Objetivo: Demonstrar o sofrimento humano que acontece durante os encontros no confronto entre a onipotência do paciente, versus a constatação de sua impotência, frente a ELA.

Método: Análise clínica, com base em estudo de caso, do relato do encontro humano vivenciado entre tutores e paciente portador de ELA

Resultados: Foi percebido durante o encontro que o paciente em seus relatos e colocações verbais e não verbais trouxe à tona situações de sua vida pessoal atual e passada, no que diz respeito aos seus relacionamentos com a esposa e filhos, revelando sentimentos tais como frustração, raiva, desesperança, impotência; reações direcionadas às tutoras tais como não aceitação dos limites vivenciados pela doença e questionamentos de o que há após a morte. Em alguns momentos mostrou indícios de integração egóica, em seguida entrando em defesa maníaca.

Conclusão: O paciente encontra-se impactado diante do que vem constatando com a

[128] Estudanres de graduação do IPUSP

evolução gradativa e degenerativa da doença, podendo contar no momento com o apoio emocional propiciado pelas tutoras que estão acolhendo toda sua angústia e desespero, sendo isso verbalizado pelo próprio, bem como o agradecimento que tem explicitado pela ajuda recebida.

Palavras Chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica; Tutoria; Relações Pessoais; Sofrimento humano; Doença.

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência que vem acontecendo até o presente momento como tutoras a um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica.

O paciente é natural dos Açores e veio para o Brasil com dois anos de idade. Aos dezessete foi estudar nos EUA e só voltou para o Brasil aos 24 anos, já formado em Administração de Empresas. Veio por causa do seu primeiro emprego. Tinha acabado de se casar nesta época e veio com a esposa para cá. Teve aqui no Brasil, alguns anos mais tarde, seus dois filhos.

No momento da descoberta da doença estava trabalhando como consultor de empresas há um ano e meio. Antes disso, trabalhou em muitas outras empresas multinacionais, como gerente e sempre em cargos de chefia.

Pouco antes da descoberta da doença, havia se aposentado, pretendendo ter uma vida mais calma. Não queria mais ser gerente e conseguiu ser representante de algumas empresas onde trabalhou. Também fez alguns trabalhos como consultor. Com um ritmo de vida bem mais calmo e sem pressão de tomar grandes decisões fazia o que realmente gostava, que era o contato com as pessoas e as negociações dos produtos – achava que finalmente teria mais tempo para ele, para descansar. A doença modificou radicalmente seus planos. Tudo isso tem lhe causado problemas financeiros, já que a aposentadoria nessas condições não é suficiente para cobrir os gastos com o tratamento e despesas normais da casa e da família.

O paciente tem feito uma retrospectiva da sua vida, parecendo rever e integrar de modo novo alguns aspectos da sua história, principalmente aqueles relativos aos relacionamentos pessoais e metas que manteve enquanto era saudável. De acordo com Kovács, a doença, uma vez que provoca uma parada obrigatória na agitação do cotidiano,

se torna um momento que evoca uma revisão da vida e das relações. Há uma possibilidade de auto-conhecimento. (Kovács, 1992).

As queixas mais recorrentes que o paciente traz para os atendimentos têm sido a respeito da relação com a família e questões existenciais, como “o que existe depois da morte” e “qual o sentido desta vida”.

As relações familiares estão muito deterioradas, havendo um alto grau de agressividade principalmente por parte da esposa e da filha, que ameaçam interná-lo e chegam a dizer que querem que ele morra logo. O filho coloca-se numa posição de distanciamento e não quer se envolver nem com a doença do pai nem com as desavenças familiares.

O paciente tem admitido nos últimos atendimentos que a relação familiar nunca foi muito boa, mas diz que com a doença os problemas se agravaram. Ele acredita que um dos fatores fundamentais para isso é o fato de ele ter deixado de ser um provedor para ser a pessoa que mais absorve recursos na casa. Muito recentemente num atendimento, assumiu a responsabilidade pela situação e pelos problemas na convivência familiar, apontando erros seus na educação dos filhos e na relação com a esposa. Ele disse: “Eu errei, não é? Errei. Quis fazer tudo, fui provendo tudo. Não me preocupei em fazê-los assumir responsabilidades, aprender a administrar as coisas, saber dar valor... Então, na hora que o provedor desapareceu, tudo ruiu. E eles não sabem se virar, não sabem o valor que as coisas têm na vida”.

As questões existenciais trazem muita angústia porque a proximidade da morte tem levado o paciente a rever suas convicções religiosas. Ele procura acreditar em algo, mas não consegue e diz que, com isso, não tem nenhum conforto ou apoio para enfrentar a doença. O paciente se questiona bastante sobre o que nós, seres humanos, somos. Ele acredita no que a ciência consegue provar, por exemplo, que somos uma série de reações eletro-química, que somos comandados por essas reações que acontecem no nosso cérebro. Mas ao mesmo tempo não gosta de pensar assim, pois dá a impressão de que somos meras máquinas e que tudo vai acabar quando essas reações terminarem. Ele procura outras respostas, na religião, porque sente que elas poderiam aliviar o seu sofrimento, mas o problema é que não acredita em nada, não consegue acreditar.

Ele teve uma ascensão profissional muito rápida. Com 28 anos já era gerente-geral de uma empresa. Tudo na vida dele havia sido rápido. Sempre gostou de soluções rápidas. Mesmo a morte ele sempre imaginou como algo que o levaria de uma maneira breve e repentina – por exemplo, um acidente de carro ou avião ou um infarto. Jamais pensou que fosse morrer com a idade que tem agora. Os amigos diziam, e ele também pensava assim, que, de acordo com a genética familiar, ele viveria muito, afinal sua mãe tem agora 94 anos e goza de excelente saúde.

Vemos que no século XX houve uma inversão da atitude da sociedade frente à morte, transformando-a em algo vergonhoso e que deve ser escondido. O grande valor do século é o de dar a impressão de que “nada mudou”, a morte não deve ser percebida. A boa morte atual é a que era a mais temida na Antigüidade: a morte repentina, não percebida (Kovács, 1992).

O paciente diz que queria viver mais, que tinha muitas coisas para fazer. Esperava viver pelo menos até os 80 anos. Diz que não se importava se não pudesse fazer exatamente o que queria, se continuasse tendo que fazer o que sempre fez; ao menos estaria vivendo. Falou várias vezes nos atendimentos que sempre esteve de bem com a vida, que era uma pessoa muito extrovertida e positiva, que não conhecia depressão ou tristeza. Dizia: “A vida é como uma festa: se está boa, você não quer ir embora, e a minha vida estava boa”.

Ele conta, com grande surpresa, que um dos únicos momentos em que se sentiu triste ou angustiado em toda a sua vida ocorreu justamente quando a doença começou a se manifestar, mas frisa que nessa época ele ainda não fazia a menor idéia do que tinha. Disse que estava apenas mancando um pouco, mas trabalhava normalmente e dirigia sem maiores dificuldades. Conta, então, que, nesse dia, ele se sentou num restaurante para almoçar quando sentiu uma angústia profunda e inexplicável, não teve vontade de comer e passou umas duas horas parado, sem conseguir fazer nada e tomado por uma sensação muito forte de tristeza. Comenta que se surpreendeu muito com aquilo porque nunca tinha sentido nada parecido. Quando narrou esse episódio no atendimento, repetiu várias vezes que nenhum sintoma havia se manifestado até aquele momento que justificasse o que sentira. Também perguntou várias vezes como algo assim pode acontecer, ou seja, se algo nele já sabia o que estava por vir.

O paciente tem a impressão que nada mais lhe serve agora, que de nada adianta aprender coisas novas se não tem com quem compartilhar e nem tem mais como usar nada de novo em sua vida. Diz que tudo o que aprendeu durante toda a sua vida agora lhe parece inútil, que está numa encruzilhada e que não achava soluções. “De que adianta tudo o que eu fiz e aprendi? A gente nasce, aprende a andar, estudar, tudo para quê? Se no final vamos morrer”. Se acreditasse em algo a mais (em alguma religião), aí sim, “tudo isso ganharia um sentido, porque então existiria uma continuidade. Isso tudo passaria a ser um aprendizado que continuaria.”

Comentou em vários atendimentos que no trabalho costumava sempre pensar em planos B, C, ou D, caso o plano principal não desse certo. Mas diz que agora já estava no “plano Y” e não encontra soluções.

Ele concluiu que sempre achou que tinha o controle das situações. Agora tudo parece fugir do seu controle. Comenta que é muito difícil perceber que não se tem domínio nem mais sobre o próprio corpo. O que aparece presente muitas vezes é o sentimento de solidão e dificuldade da perda de controle, da independência. Além disso, o paciente está tentando criar sentido para a sua vida. Uma coisa que comentava bastante é o fato de nunca acharmos que as coisas vão acontecer com a gente, achamos que acontecem só com os outros, e quando acontece conosco, nos perguntamos: “Por que comigo?”. Kübler-Ross (2005) menciona a noção de que em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. Sendo inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a nossa vida na terra.

Relacionar-se com as pessoas é particularmente difícil para o paciente, porque ele sempre foi uma pessoa muito ativa e independente, que tomava todas as decisões e controlava tudo o que acontecia à sua volta. Relata que é impensável o sofrimento de ter que depender dos outros, principalmente quando se trata de estranhos. Diz que as cuidadoras são “seus braços e pernas”, e conta que uma das piores sensações é estar totalmente consciente e ter seu corpo paralisado, não poder tomar nenhuma providência em relação a nada do que acontece à sua volta. Manifesta grande pavor frente à perda gradual de independência e autonomia, situação que ele chama constantemente de “dantesca”.

Disse que o mundo acabou pra ele, assim como ele acabou para o mundo. Sai muito raramente de casa, é muito sozinho, não tem com quem conversar. Disse que no começo os

amigos ainda vinham visitá-lo. Deu o exemplo da queda do avião da Airfrance, em que, de início, só se falava disso, passava o dia inteiro em todos os canais, jornais, mas depois de um tempo, o incidente foi sendo esquecido, assim como aconteceu com ele. Falou várias vezes sobre o quanto o mundo está restrito para ele, que se mundo encolheu e se restringe ao sofá e à cama. De acordo com Kovács (2003): “Os pacientes vivem dois processos de perda: de si próprios e das pessoas próximas. Segundo Lépargneur (1987) a pessoa, no estágio terminal, sente seu mundo encolhendo para as dimensões do quarto, da cama, do corpo.”

Disse que não queria ser internado, apesar de ser o que a família quer. Afinal gosta de sua casa, tem suas coisas lá, a janela que consertou, as coisas que construiu. Já num asilo ou clínica não há nada de seu, é um lugar muito impessoal. Acha que a internação é uma antecipação da morte. O ambiente é frio e ele terá perdido toda a sua identidade. Será apenas um número, um código.

O paciente se queixava de que aos poucos, depois de sua morte, as pessoas não se lembrariam mais dele, pois não fez nada de notável. Aparece presente o sentimento da necessidade de ser imortal, há um medo presente em todo ser humano de ser esquecido.

Fala de modo constante sobre o medo da morte, da curiosidade de querer saber o que tem depois. Quando olha para frente se apavora com isso, embora até já tenha começado a sentir que o “nada” (a morte) possa ser um conforto diante de tudo o que ele está vivendo.

Tem medo de estar percebendo a progressão da doença, do momento que não poderá mais se mexer, nem falar, que só conseguirá se comunicar piscando os olhos. Mencionou que sente raiva da sua impotência. Diz com freqüência que se desespera com sua paralisia progressiva, já que sempre foi uma pessoa extremamente dinâmica. Durante um dos atendimentos, chegou sua cadeira de rodas e isso evocou um turbilhão de sentimentos nele, afinal é uma afirmação de sua doença, é algo que o lembra de sua doença e de que está piorando. “Antes tinha uma cuidadora, depois 2 e agora 3. Antes andava de bengala, depois com andador e agora cadeira de rodas, o que vem depois?”. Isso se manifesta no fato de o paciente não querer planejar nada a respeito do futuro. Providências só são tomadas e mudanças são efetivadas apenas no momento em que as situações se tornam insustentáveis. Por exemplo, uma segunda cuidadora só foi contratada

depois que ele havia caído várias vezes no chão, porque já não tinha mais condições de usar o andador e de ser acompanhado por apenas uma pessoa. Isso acarreta muitos prejuízos físicos, gera riscos desnecessários e ainda cria mais tensão no ambiente da casa, pois a esposa e a filha reagem com agressividade e se recusam a ajudar em ocasiões como essas.

Comentou que gostava muito de uma das cuidadora, que era carinhosa com ele. Disse: “Veja, não me entenda mal. Não tem nenhuma conotação obscura o que eu vou contar, mas ela às vezes se senta ao meu lado, pega as minhas mãos e faz uma massagem. É incrível como precisamos disso, de toque, de carinho, não é?”. Kovács (apud Kübler-Ross, 2003) diz que o toque e o contato físico são muito importantes para pessoas gravemente enfermas. O toque físico tem o poder de resgatar a possibilidade de nossa humanidade, do nosso corpo e das sensações.

Kübler-Ross (2005) descreveu cinco estágios na situação de pacientes com doenças fatais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Pensando-se nesses estágios, é possível observar nos diálogos e nos comportamentos do paciente, algumas manifestações desses estágios, como por exemplo, a negação da doença, a raiva frente a mesma e a depressão, apresentando-se de modo oscilante.

O paciente comentou que ocupa o tempo com coisas sem importância para não ter que pensar no que realmente importa, que tenta colocar as coisas ruins, angústias atrás de um biombo e ocupar a mente com outras coisas. Essas coisas, no entanto, são apenas passatempos, como as palavras-cruzadas. Ele mesmo se queixa que isso não lhe traz nada de novo, não lhe acrescenta nada, mas também não consegue se envolver com outro tipo de atividade. Pode-se pensar que esse é um tipo de defesa frente à doença, é uma forma de conter os sentimentos que a doença traz, e dessa forma conseguir viver, é uma forma de negar a doença temporariamente. (Kübler-Ross (2005).

Falou que é muito difícil ser um fardo para a família e que é angustiante não poder planejar nada. Às vezes pensa se não poderia voltar a trabalhar, fazer alguma coisa, mas quando lembra da dificuldade que é simplesmente sair de casa, vê que essa idéia é mirabolante. Nesse trecho aparece uma negação da doença e de seus sintomas, era como se esquecesse totalmente de sua condição atual, presentificando-se a defesa maníaca.

Ao longo dos atendimentos, observou-se que a negação tem diminuído. No começo não conseguia mencionar o nome da doença. Quando não teve mais como negar a doença, entrou no estágio de depressão, mostrando-se abatido, desinteressado e pouco motivado em relação a várias questões que faziam parte das conversas nos atendimentos, como a questão existencial, a retrospectiva da sua vida, a tentativa de entender suas relações pessoais. Às vezes, expressa sua vontade de acelerar o processo e morrer logo, falando até mesmo que já pensou em suicídio e que pediu às cuidadoras que lhe dessem vários comprimidos do calmante que toma à noite para dormir. Um trecho de seu discurso pode demonstrar essa posição depressiva frente à doença: “O que eu posso planejar? Já morri para o mundo. Sei qual é a progressão da doença. Não há nada a fazer. A única coisa que posso planejar e esperar todos os dias é a hora de dormir. (...) Para mim, hoje em dia, a melhor hora é a hora de dormir. Se pudesse, dormia de dia mesmo. Mas sei que se eu fizer isso, à noite ficarei acordado.” Além do sentimento depressivo aparece também o sentimento de impotência frente à situação.

Outro sentimento muito presente é o medo da perda de controle, medo do desconhecido, do futuro, do avanço rápido da doença e, por fim, medo da morte. O que o discurso de um dos atendimentos pode explicitar isso: “Agora o que me resta é apenas olhar para trás. Estou seguindo porque não posso fazer nada para parar, mas só olho pelo retrovisor. Não tenho pára-brisas, só retrovisor. Só olho o passado, porque o futuro é muito assustador...tento pensar só nos próximos cinco minutos, porque se penso até o final do dia e vejo que nada vai mudar, eu me desespero.”

O problema da rotulação de “paciente terminal”, é que acaba estigmatizando a situação de que não há mais nada a ser feito, num processo de desinvestimento e desligamento, como se ele estivesse morto ainda em vida. Acaba-se dando a idéia de que não há nada a fazer pelo paciente e é exatamente neste momento que o paciente mais precisa de ajuda, apesar de não haver cura, o paciente ainda está vivo e com isso tem seus desejos, sentimentos, anseios, necessidades, etc. Esquece-se que além da esfera física de cuidados, há também as esferas: psíquica, social e espiritual. Promovendo-se assim cuidados na ordem da qualidade de vida. (Kovács, 2003).

Kovács (apud Cicely Sauders, 2003), traz uma nova visão de quando o “nada mais a fazer” aparece, dando importância aos cuidados dos sintomas físicos, mas sem esquecer do

isolamento social, do sofrimento psíquico e espiritual que a doença provoca, é o conceito de dor total

Encerramos esse trabalho com uma fala do paciente: “Você pega um trem que é muito rápido. A paisagem passa como uma fotografia borrada pela janela. De repente, o trem vai parando e quando você olha de novo, não vê mais nada. As suas oportunidades acabaram. Você passou tão rápido por tudo que não usufrui sequer das paisagens... acho que essa pode ser uma imagem de como eu vivi”.

REFERÊNCIAS:

KOVÁCS, M.J. *Morte e Desenvolvimento Humano.* Casa do Psicólogo, São Paulo, 1992.

KOVÁCS, M.J. *Educação para a morte. Temas e Reflexões.* Casa do Psicólogo, São Paulo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer.* Martins Fontes, São Paulo, 2005.

POSTER 52

PROJETO TUTOR: RELATO DA EXPERIÊNCIA NA PARTICIPAÇÃO COMO FUTURAS TUTORAS

Lívia Ciscato
Marcela Peters Cremasco Gonçalves[129]
Ana Luiza de Figueiredo Steiner
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Leila Cury Tardivo

Objetivo: Mostrar o relato de duas futuras tutoras que obtiveram conhecimento do Projeto APOIAR por alunos da graduação do IPUSP que já exercem a tutoria junto a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA.

Método: Relato baseado na vivência e participação semanal do grupo de discussão clínica dos atendimentos aos pacientes com ELA, feita entre os tutores e coordenadores do projeto

Resultados: Através das discussões feitas nos encontros ressaltou-se as questões manifestas e latentes que permeiam toda a situação, a questão do acolhimento, do ouvir e observar a dinâmica familiar que gira em torno do paciente, suas angústias, medos, fantasias, temores, raiva, bem como as questões transferenciais e contratransferenciais que suscitam nos tutores. Gradativamente as futuras tutoras foram se colocando frente ao grupo, dando seus pareceres, sentimentos e interagindo.

Conclusão: A participação e presença durante os encontros semanais foram constante. Foi visível o interesse e envolvimento cada vez maior de fazerem parte do projeto, colocando estarem preparadas para iniciar a tutoria na casa dos pacientes.

Palavras Chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica; Tutoria; Projeto Tutor.

Recém integrantes do Projeto Tutor, estamos passando por uma contextualização em relação à doença, à proposta do projeto, aos pacientes e suas possíveis demandas orgânicas e, sobretudo, psicológicas. Na prática, participamos do grupo de supervisão e

[129] Estudantes de graduação do IPUSP

discussão, entrando cada vez mais na dinâmica da vida e das questões que envolvem os pacientes.

Neste artigo faremos uma breve reflexão sobre algumas questões que julgamos pertinentes e necessárias de serem discutidos na preparação de um futuro tutor, evidenciando aspectos de nosso próprio pensamento a respeito dessas questões.

Bastante relevante e, até mais que isso, essencial à inserção no Projeto Tutor, é saber qual é o papel do tutor. Como estudantes de psicologia, no entanto, resta a dúvida: o que difere a tutoria em relação a um trabalho terapêutico?

Ser tutor não é fazer um trabalho terapêutico, isso quando nos referimos ao sentido analítico do termo. Poderíamos discutir, portanto, o que é um trabalho analítico, no entanto, esta discussão não é nosso foco, podendo-nos dar o direito de focar na diferenciação entre os dois trabalhos – o tutor e o terapêutico.

Quando pensamos em terapia, resumidamente, podemos pensar num suporte psíquico do terapeuta em relação ao paciente, podendo este trazer para o espaço delimitado da terapia suas vivências, experiências, pensamentos e emoções a respeito delas. Será também com o auxílio do psicólogo que o sujeito poderá voltar-se a si próprio e refletir sobre suas ações e pensamentos e quais os fatores que os envolvem, podendo permitir uma maior compreensão de si e de seu modo de se colocar no mundo, sendo este reconhecimento o primeiro passo para poder olhar e transformar seu modo de viver de acordo com o modo como se pretende viver. Nesse processo a forma de funcionar do indivíduo é colocada em questão, e acabam por serem evidenciados modelos relativamente fixos e funcionais que regem o modo do indivíduo se comportar. Esse modo de se comportar pode estar auxiliando na conservação de sua identidade, de sua saúde e da integração de seu próprio eu, tanto quanto possível, mas, em contrapartida, pode ocorrer em detrimento de questões emocionais que são burladas ou deixadas de lado, estando aparentemente resolvidas, mas ainda assim gerando internamente grande sofrimento ao indivíduo que as detém. O trabalho analítico iria, na medida do possível, ao encontro dessas aparentes satisfações, podendo desvendar o sofrimento subsistente, buscando uma forma de compreendê-lo e superá-lo, podendo também gerar transformações (ou não) no comportamento e pensamento do indivíduo, que passa então a ser função das problemáticas mais profundas da psique do sujeito, e não mais só das questões mais aparentes. (Lino da Silva et cols.; 1993)

Já, o trabalho da tutoria, em si, não teria por função esse desvelamento sucedido da transformação de algum aspecto do modo como o sujeito se coloca no mundo. Sua função primordial seria dar condições de sustentação psíquica ao sujeito, promovendo-lhe um ambiente seguro e confiável, em que ele pode permitir que suas emoções se externalizem, não lhes importando a forma, e que possam ser acolhidas por um outro, no caso, o tutor.

Pode-se ressaltar ainda, que no trabalho da tutoria não cabe ao psicólogo uma interpretação profunda do sujeito. Quanto menos houver esse tipo de interferência, melhor será o apoio dado.

Aborda-se então outro aspecto essencial ao trabalho do Projeto Tutor, a questão da morte.

Muito se discute sobre a vida, desde a concepção, o desenvolvimento do indivíduo, a vida em sociedade, os momentos histórico-sócio-econômico-culturais da humanidade, etc, e para todas as discussões sobre a vida e o modo de viver do ser humano há inúmeros pontos de vista – semelhantes, opostos, contraditórios, excludentes – mas, a questão que parece ser consenso entre diferentes abordagens e teorias, sejam elas científicas, religiosas ou provenientes de outra elaboração, é a de que a única certeza que se pode ter sobre a vida é que um dia ela acaba, ou seja, a morte.

Sendo assim, podemos dizer que a morte, pelo menos em expectativa, é inerente na vida de todos os sujeitos. E, por esta presença há muitas formas de lidar com ela, inclusive tradições sociais, próprias a cada época e contexto histórico (sócio-econômico-cultural). Temos também aqui a questão do conflito entre o Id, que demanda desejos, é atemporal, portanto morte é uma questão que lhe é desconhecida e o Superego que impõe as questões sociais, a auto-crítica, sendo mediado pelo Ego que precisa equilibrar tal conflito entrando com os mecanismos de defesa para que o indivíduo possa suportar o sofrimento que isso lhe traz. (Kusnetzoff; 1982).

A nossa preocupação é, além de pensar a respeito de como a morte é vivida, em todo seu processo, pelo sujeito que dela sofrerá, pelas pessoas próximas a ele e talvez ainda por todas as outras que em pouco ou nada compartilharam em sua existência, é pensar isso se tratando especificamente no caso dos pacientes com ELA, pacientes que têm uma noção temporal mais próxima da chegada da morte; eles têm uma certeza do como e do porque e uma expectativa bem reduzida do tempo de vida que lhes resta. No entanto, esse tempo

reduzido ainda pode ser longo e até maior do que o tempo de vida de uma pessoa que nada sabe e nenhuma certeza tem da própria morte. O que problematiza a questão é o fato de que o individuo não tem mais a ilusão de onipotência em relação a morte, que anteriormente possuía, uma vez que é inconcebível para alguém o fato de que um dia a morte irá chegar. O sistema psíquico tende a sempre se esquivar dessa aceitação. (Kubler-Ross ; 2002).

Para tornar a idéia mais concreta, um paciente quando diagnosticado com ELA pode estar em diferentes estágios da doença, com o organismo comprometido e o desenvolvimento da doença pode ser mais ou menos intenso e curto, ou longo, a depender do paciente e todas as outras questões que o envolvem – outros problemas de saúde, relações pessoais, contexto familiar, econômico, social, ter ou não ter emprego, qual o tipo de trabalho, coisas que gosta de fazer, modo de ver a vida e o mundo, etc. Mesmo pacientes em igual estágio da doença, por essas diferenças individuais, podem ter prognósticos diferentes, a média de sobrevida dos pacientes após a manifestação dos primeiros sintomas é de 3 a 5 anos, no entanto há um paciente que pode morrer em um ano e outro que pode viver por mais dez anos. (ABRELA – atualização 2008)

Uma questão da modernidade que se insere no contexto da tutoria com os pacientes com ELA talvez possa ser como esses pacientes, seus cuidadores, as outras pessoas próximas a eles e o mundo vivenciam essa morte; como aproximar a vivência da morte para que a vida possa ser vivida enquanto a morte não chega, e como se dará a assimilação dessa quando chegar sua hora.

Passa-se então a outra questão essencial que permeia a vida dos pacientes com ELA e, portanto, sobre a qual os tutores deveriam refletir a respeito: a vida do paciente.

A vida humana é repleta de questões – as regras sociais, a moral, as vontades individuais, os desejos, a pertença a um coletivo, os conflitos entre o que o indivíduo quer e o que a sociedade espera dele, os próprios conflitos intra-individuais, e ainda os acontecimentos que ele deseja que a sociedade permita, mas que não dependem só dele, mas também de outros indivíduos e dos desejos desse outro... Cada um tem suas próprias demandas e as possibilidades de contemplá-las ou não; o conflito e a angústia gerada por ele é característico da condição humana.

A idéia do Projeto Tutor é também dar suporte a esses conflitos quando eles aparecem nos pacientes com ELA, porém, sem esquecer que esses pacientes têm um fator que

influencia na forma como os conflitos, os desejos e as satisfações serão vividos, que é a já mencionada condição da morte. A aparente proximidade e a certeza iminente da morte transcendem ao âmbito da própria morte e irão ter conseqüências para todas as outras questões referentes à vida do sujeito.

Saber que a vida terá um tempo determinado e possivelmente mais curto do que se a pessoa morresse de morte natural de acordo com a expectativa de vida da humanidade, isso influencia a forma como a pessoa irá viver o tempo que lhe resta. Pensando nesses dois pólos opostos (mas sabendo que há um continum de reações entre eles), a pessoa pode se deprimir e achar que nada mais vale a pena ou pode fazer tudo o que sempre desejou e que está ou não a seu alcance.

Para os pacientes com ELA a questão, no entanto, é ainda mais crítica. Eles morrerão porque seu organismo irá se degenerar, ou seja, sua condição orgânica não será aquela de funcionamento ideal, a pessoa irá perder gradualmente suas funções, morrendo aos poucos, e, além disso, nada pode fazer para impedir este acontecimento, tendo consciência de sua degeneração. Essa condição causa muito sofrimento, e que muitas vezes acaba por ser sufocado ou subestimado. Além do sofrimento com a idéia do que vai acontecer com o sujeito, há as conseqüências dos acontecimentos em si, as perdas funcionais também causam angústias conforme se dão as impossibilidades físicas e fisiológicas.

As questões que abarcam um paciente com esclerose lateral amiotrófica, como puderam ser vistas, são complexas e profundas, variam em relação ao que se esperar da vida e qual a relação dessa vida em condições degenerativas à espera da morte. O trabalho de tutor com esses pacientes precisa dar sustentação a todas essas questões e provavelmente a muitas outras que, perpassando-as ou não, neste texto ainda não foram discutidas.

A supervisão e a discussão em grupo permitem que nós nos aproximemos da realidade do paciente e estejamos mais preparadas para dar o suporte necessário a eles quando chegar o momento de atendê-los. Ainda a partir desse grupo apreende-se a necessidade de um trabalho que vai além de dar sustentação, também dar vazão aos sentimentos e questões próprias do sofrimento de cada paciente em sua individualidade de acordo com sua demanda. O tutor também precisa, por meio de um intenso trabalho interno, adquirir maior desprendimento em relação a ELA. A morte quase não é vivenciada pelas

pessoas, é, na verdade, afastada de nosso cotidiano. Com isso, os próprios psicólogos que se propõem a serem tutores, precisam de algum modo, permitir uma aproximação. O trabalho da supervisão se propõe a ajudar também nessa questão. (Silva de Carvalho; 2004)

REFERÊNCIAS:

ABREU FILHO, A.G. et al. Manifestaciones del sufrimiento humaño. Evaluación, comprensión y formas de intervención a los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. Estudio Comprensivo y soporte emocional. Anais VII Congreso Argentino de Rorschach en la Universidad. Buenos Aires, 2004.

Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. ABRELA: informação e documentação: referência – Atualização. São Paulo, 2008**.**

KUBLER-ROSS, E – *Sobre a Morte e o Morrer.* Martins Fontes, 2002.

KUSNETZOFF JC – *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica* – Nova Fronteira – Rio de Janeiro – RJ; 1982.

LINO DA SILVA ME; MEYER L; MEZAN R; COPIT MS; HIRCHZON CLM; REZENDE AM; SAFRA G; SIMON R – *Investigação em Psicanálise* – Papirus – São Paulo – SP, 1993.

SILVA DE CARVALHO U – *A Supervisão Psicanalítica – Contribuições Teóricas e Praticas* – Casa do Psicólogo – São Paulo – SP.; 2004

POSTER 53

PROJETO DE PESQUISA DE GRUPO DE ESCUTA PSICOTERÁPICA AOS PAIS DE PORTADORES DE TDAH.

Déa E. Berttran[130]
Ivonise Fernandes da Motta[131]
Dagmar Menichetti[132]
Dr. Wimer Bottura[133]
Ana Paola Gurgel
Lourdes Pastorelli[134]

RESUMO

Esta pesquisa apresenta os resultados obtidos através de grupo de escuta psicoterápica, realizada em 16 sessões com duração de 90 minutos cada, semanalmente. Este projeto piloto deu seqüência ao grupo de apoio aos familiares portadores de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), mantido pela Associação Paulista de Medicina, na cidade de São Paulo, sob coordenação do Dr. Wimer Bottura. Este transtorno, expresso em comportamentos de hiperatividade, desatenção e impulsividade em graus atípicos, tem causa que aponta para a hipofuncionalidade dos sistemas dopaminérgicos, o que compromete as funções executivas como concentração, planejamento de ações, controle

[130] mestranda do Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP
[131] orientadora do Programa de Mestrado de Pós Graduação do Departamento de Psicologia Clinica – IPUSP
[132] pós-graduada em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP e psicóloga do Ministério Público
[133] psiquiatra e coordenador do Grupo de Apoio aos Familiares de TDAH - Associação Paulista de Medicina.

[134] Psicólogas

sobre impulsos etc.Tais atitudes impedem a criança de acompanhar as de sua idade no desempenho acadêmico e social, o que gera queda de autoestima, entre outros prejuízos. Suas famílias são vitimizadas pelos preconceitos dos que as julgam relapsas quanto à educação dos filhos, enfrentando quebra de expectativas, exaustiva busca por soluções, indecisão de fazer ou não uso de medicação. Ancorado no conceito de *holding* desenvolvido por Winnicott, o grupo de escuta criou um ambiente que propiciou que seus integrantes se identificassem entre si, o que resultou em redução de compulsividade, ampliação da percepção das próprias dinâmicas psíquicas e aumento de autoconfiança e auto-estima.

Palavras-chave: grupo de escuta psicoterápica, grupo de pais, TDAH.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa investigou a experiência obtida junto a grupo de escuta psicoterápica, projeto piloto criado a partir da observação do grupo de apoio aos familiares portadores de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), mantido pela Associação Paulista de Medicina, na cidade de São Paulo, Capital, sob a coordenação do Dr. Wimer Bottura e equipe.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é conceito neuropsiquiátrico, caracterizado por comportamentos específicos que, quando somados, indicam sintomatologia. Assim, é assunto de extrema atualidade, já que a remissão dos sintomas em bases químicas implica na produção farmacêutica de determinadas substâncias, gerando muito lucro para os grandes laboratórios (CALIMAN, 2009).

Os parâmetros atuais para tal classificação indicam alguns critérios que devem ser observados, como os de desatenção, hiperatividade e impulsividade de forma bastante expressiva, distinta de grupo etário similar, bem como sua ocorrência em pelo menos dois setores da vida da pessoa, como, por exemplo, escola e família (DSM-IV, 2002). No entanto, nem mesmo este transtorno sempre foi assim considerado: até a década de 40, inclusive, recebia outro nome, o de Lesão Cerebral Mínima, alterada para Disfunção Cerebral Mínima nos anos 60, em vista da ausência de lesão, propriamente (LEGNANI; ALMEIDA, 2008).

Ou seja: não existem conceitos definitivos sobre a questão, embora haja reconhecimento dos comportamentos específicos do transtorno. Alguns trabalhos, através das imagens tecnológicas do cérebro, mostram que a disfunção bioquímica não pode ser relevada, pois sugerem a existência de hipofuncionalidade nos lobos frontais derivada da atividade dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005), por isso ser reconhecida como condição neurobiológica (CAPOVILLA; ASSEF; COZZA, 2007). É transtorno psiquiátrico, portanto, cuja solução passa pelo uso de medicação, psicoestimulantes como o metilfenidato que, ao impedir a recaptação dos citados neurotransmissores cerebrais, faz com que sua concentração seja tal a ponto de, rapidamente, exercer a sua ação e efeito, trazendo benefícios inclusive para tarefas visoespaciais e para uso da memória (BORGES et al, 2008).

Diagnóstico que demanda sutil diferenciação, e por isso o incremento de pesquisas no setor, para que se obtenha maior e melhor precisão sobre estes dados, seus portadores, muitas vezes, desenvolvem também comorbidades como a drogadição, ou apresentam atitudes facilmente percebidas como pertencentes a outros transtornos, como a bipolaridade, o TDAH, portanto, ainda tem sua causa indefinida. Neuroquímica? Neuroanatômica? Genética? Resposta aos tempos contemporâneos de excesso de estímulos, de padrões a ser desempenhados, de produção a ser alcançada? (CALIMAN, 2009) Resposta a ambientes carentes quanto aos vínculos estabelecidos com a criança desde seu nascimento? (TABORDA; ABRAHAM, 2007).

E os pais dessas crianças, assim, ao notar que seus filhos se comportam de maneira diferente das demais, muitas vezes atribuem essas atitudes à tenra idade. Quando, porém, iniciam a vida escolar, começa a sucessão de queixas por parte de todo o corpo institucional: diretoria, professores e colegas passam a apontar as dificuldades dos filhos em acompanhar a classe, seus arroubos muitas vezes agressivos aos colegas face à frustração, sua precipitação, impaciência e falta de vontade em ter ações planejadas. Começam, então, a busca por soluções, uma professora mais compreensiva aqui, um pediatra mais bem informado, ali, e assim esses pais chegam à medicação, a psicólogos, a fonoaudiólogos, a psicopedagogos, a neurologistas e psiquiatras que, sem dúvida, empenhados estão em facilitar-lhes a vida, em fornecer a essa família a possibilidade do desenvolvimento do filho.

Mas a resposta perfeita, em si, não é encontrada. Medicações funcionam, sem dúvida, mas não em sua totalidade: há muitos portadores que não reagem à substância utilizada, e há pais que não querem medicar seus filhos enquanto crianças. Assim, o sentimento de desilusão e revolta que nutrem em relação à escola é sentimento comum que os unem, já que é no contato com essa instituição que os comportamentos específicos do transtorno se manifestam sem equívocos, acarretando prejuízos na vida acadêmica do aluno e da aluna. Mas não só: pela constante sensação de que não consegue ser como os demais e nem apresentar os mesmos resultados esperados para a sua idade, a criança portadora de TDAH acaba por reduzir a sua autoestima, sentindo-se desqualificada e incompetente. Ademais, devido à dificuldade da função executiva, propriamente, e ao excesso de energia física, acaba por fazer de seu corpo o seu instrumento de comunicação primeiro, com evidente perda do uso verbal (GORODSCY, 1990). Com isso, e sendo transtorno perene, em estatística que oscila entre 50% e 90% de seus casos, têm-se indivíduos adultos, diagnosticados em crianças com os critérios para TDAH, que se sentem menores, despotencializados, instáveis em seus relacionamentos afetivos, sociais e de trabalho (GREVET; ABREU; SHANSIS, 2009).

Os pais de portadores de TDAH, como muitos que se veem às voltas com filhos que andam por estradas diferentes das utilizadas pela maioria, enfrentam muita hostilidade por parte da sociedade, muitas vezes da própria rede familiar. Profunda é a angústia que sentem, bem como suas dores e desapontamentos, emoção à flor da pele que necessita de espaço para poder se manifestar. Espaço fornecido pela escuta psicoterapêutica que, em forma de acolhimento, é capaz de fornecer o ambiente propício para que, amparados e sustentados pelo próprio grupo e pela psicóloga, possam olhar para si mesmos, para os filhos e suas próprias histórias de forma mais integrada e menos vitimizada.

Dessa forma, através do grupo de escuta psicoterápica abre-se a possibilidade de descoberta das dinâmicas familiares que norteiam as relações entre seus membros e, assim, maneiras de elaborar esses sentimentos (MIRANDA, 1998). Ancorado no conceito de *holding* desenvolvido por Winnicott (1983), o grupo de escuta busca a criação de um ambiente que propicie que seus integrantes se identifiquem entre si e possam livremente se expressar em clima compreensivo. Para que, ao ouvir o outro e a si mesmo, além das pontuações feita pela psicóloga, também se percebam contidos em suas angústias e

sustentados em seus sentimentos pela mutualidade vivenciada (CATAFESTA, 1992; RUFATTO, 2006).

OBJETIVOS

Compartilhar os resultados alcançados em grupo de escuta psicoterápica para pais de portadores de TDAH, a fim de mostrar o quanto este espaço de fala é necessário para que os familiares sintam-se acolhidos e, através dos vínculos entre seus integrantes e a psicóloga, alcancem maior integração em suas relações afetivas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa interventiva realizada em grupo de pais de crianças, adolescentes e adultos com diagnóstico de TDAH, sob forma de escuta psicanalítica, em 16 sessões com duração de 90 minutos cada, uma vez à semana, com prevalência da teoria de Donald Winnicott (1975, 1983, 1984, 1989, 1990).

Os sujeitos fizeram entrevista com as duas psicólogas do grupo, com duração aproximada de 60 minutos individual e/ou com o casal, com o objetivo de se entender as suas histórias de vida. Foi-lhes pedido que desenhassem 'uma família qualquer', com fornecimento de papel branco de tamanho A-4, lápis pretos e coloridos, a fim de estender a compreensão de suas trajetórias existenciais para o subjetivo. Por fim, responderam ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg, com protocolo próprio (PASQUALI et al, 1996), com sessenta itens auto respondíveis sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, tendo como objetivo a avaliação mental. Para tanto, traz indicações do momento presente quanto às categorias: Stress psíquico, Desejo de morte, Desconfiança no próprio desempenho, Distúrbios do sono, Distúrbios psicossomáticos e Saúde Geral (AZEVEDO, 2005).

A psicóloga que coordenou o grupo, Déa, responsabilizou-se pelas entrevistas com dois casais e duas mães; a psicóloga que atuou como auxiliar (Lourdes), com uma mãe. As

análises concentraram-se em três mães, Amabile, Kernanda e Maria, codinomes escolhidos pelas próprias.

As sessões foram conduzidas de forma livre, com dia e horário fixos, ambiente arejado, bem iluminado e confortável. O ritmo do grupo acompanhou o da fala de seus integrantes, com pontuações realizadas pelas psicólogas quando se faziam pertinentes, com condutas norteadas pelo conceito teórico de *holding* fornecido por Winnicott (1983), que reputa função terapêutica ao acolhimento.

As entrevistas e sessões foram gravadas e transcritas, sob anuência dos participantes, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 15 inscritos voluntariamente ao final do grupo de apoio, sete compareceram à sessão para entrevista (dois casais e três mães). Os demais alegaram problemas com distância, com dia da semana escolhido (quarta-feira), nenhum se colocando frontalmente contra a pesquisa. Dos sete entrevistados, somente quatro pessoas compareceram ao primeiro encontro, duas delas com justificativas para a ausência dos parceiros (um casal brigou a caminho da primeira sessão devido ao binômio trânsito-distância; um dos pais estuda à noite; duas mães foram somente em uma sessão). Nas duas sessões subseqüentes o grupo continuou oscilando em seus componentes, até fixar-se em três mães e assim prosseguir até o momento (9º encontro), o que, no dizer das próprias integrantes, pode significar que os familiares, de maneira genérica, estão à procura de soluções rápidas, de alguém que possa resolver os problemas que trazem em relação ao filho e a filha de forma concreta. As análises, portanto, serão sobre três mães, aqui denominadas de Amabile, Kernanda e Maria, codinomes escolhidos por elas próprias.

1. Amabile, 39 anos, Ensino Médio, tem um filho com 19 anos, diagnosticado como TDAH desde a infância, além de casal de gêmeos, com 7 anos, com idêntico diagnóstico. Obesa mórbida, submeteu-se à cirurgia bariátrica, mas como permaneceu compulsiva no consumo de um só tipo de alimento *in natura*, permanece obesa. Seu comportamento demonstra muita ansiedade, pois fala bastante, encadeando uma frase à outra, sem pausa entre as

mesmas. Apresentou depressão pós-parto de seu filho; amamentou-o, mas sem prazer. Hoje pretende ser melhor mãe para os seus pequenos. É simpática, participativa, desconfiada somente no princípio do contato, logo após se vinculando, facilmente colocando-se no papel da psicóloga, orientando as companheiras de grupo. Em seu desenho manifestou a sua afetividade através das muitas cores, porém a figura que a representa é compensatória, magra e de cintura bem fina, trajando vestido e bem feminina. Com linhas borradas, traz à tona aspectos de ansiedade.. Na lateral esquerda, em uma casa sem portas, seus pais, à janela, olham para a família desenhada, diz ela que 'para controlar'. O tamanho do filho é nitidamente maior do que o do pai. Quanto ao QSG, todos os escores de Amabile demonstraram sua tensão e ansiedade, pois são bastante elevados, porém não atingindo os níveis que atestariam distúrbios de fato..

2. Kernanda, 34 anos, Ensino Médio, foi criada por uma senhora a quem denomina 'mãe', juntamente com sua irmã mais velha, pois sua mãe verdadeira vivia da mendicância. Já com depressão aos 15 anos de idade, é medicada há muitos anos. Seu filho, hoje com 10 anos, foi fruto de gravidez de risco, pois sangrou até os oito meses da gestação. Kernanda tem sorriso bonito, é mulher vistosa, mantendo sempre o olhar indireto, dificilmente o olho a olho. É quieta, manifesta-se pouco, mas percebe-se a sua presença atenta durante a sessão. Tem em seu filho o seu tesouro, e exige muito dele e de sua imaturidade, e por isso vive a castigá-lo, pois, quando fica muito nervosa, não consegue se controlar, embora não goste de fazer isso. Casada, Kernanda, porém, não se diz uma mulher realizada, e teme muito o envelhecimento, o que a faz querer morrer aos 50 anos de idade. O seu desenho é sem cor, com expressão de pouca vida e afetividade, nos dizendo de aspectos bem regressivos da personalidade, imaturidade, dificuldades de expressão dos sentimentos, medo da vida e de sua natureza. Projeta-se como se fosse da etnia branca, com cabelos soltos e lisos, demonstrando atitude compensatória que é reforçada pela falta de atributos femininos à figura de mulher, nem de diferenciação sexual. Quanto ao QSG, na categoria 'Desejo de Morte', E. alcança níveis psicopatológicos, ficando limítrofe nos quesitos 'Distúrbios Psicossomáticos" e "Stress Psíquico" e, consequentemente, "Saúde Geral". O único item que tem padrão de normalidade é quanto ao "Distúrbio de Sono". (Diz ela que dorme muito, é só recostar a cabeça).

3. Maria, 51 anos, ensino superior, casada há duas décadas, tem dois filhos, o caçula, diagnosticado como portador de TDAH. Refere-se a ter estado muito estressada durante a última gravidez, e de cedo também ele ter ido para creche, devido ao seu trabalho, com interrupção da amamentação aos três ou quatro meses. Atenta ao seu filho, hoje com 19 anos, diz que com ele se dá muito bem: sua amorosidade, inclusive, ela reconhece, foi fator que a impediu de soltá-lo mais livremente perante as suas escolhas. Sua relação marital, embora estável, tem se revelado insatisfatória, devido à falta de interesses em comum. Maria diz ter problemas afetivos; embora sorridente, falante e simpática, mantém postura reservada, colocando seus limites de forma bem concreta quanto a terceiros. Também reconhece ser controladora, não agüentando ver ninguém parado ao seu lado. Tinha grandes expectativas quanto ao seu filho, algo que o deixasse mais próximo a profissão dos pais, ambos engenheiros. Percebe-se que Maria é muito exigente consigo mesma: ao desenhar, resmunga seu descontentamento, dizendo que sempre foi muito ruim nisso, demonstrando insatisfação quanto a sua performance gráfica. Seu desenho, contudo, não tem vida, nem cor, apresenta sol desvitalizado, com traços imprecisos e hesitantes, com aspectos fortemente regressivos, com figuras mal formatadas e elaboradas, principalmente a de seu filho. Suas pontuações no QSG oscilam, algumas elevadas, como por exemplo, a Desconfiança no próprio desempenho e o Stress Psíquico, mas todas dentro do espectro considerado sem distúrbios.

Como resultados preliminares, Amabile, após a quinta sessão, consultou nutricionista e iniciou dieta alimentar com adição de vitaminas, e desde então (9ª. sessão), não consumiu mais o alimento pelo qual manifestava compulsividade, redução bastante significativa.

Kernanda tem sorriso permanente durante as sessões, manifestando abertamente o quanto esses encontros têm contribuído para que se sentisse melhor, já que se sente identificada com a fala das outras, já com filhos bem maiores do que o seu. Dessa forma, demonstra melhora de sua autoconfiança e auto-estima.

Maria, por sua vez, que já havia iniciado o processo de tentar se desligar um pouco de seu filho, o fez de fato e, assim, ele conseguiu, sozinho, empregar-se como garçom e até ser promovido. Sabe que por vezes não agüenta vê-lo ocioso, como a ninguém, mas á

percebe que esse é um padrão seu, que precisa ser melhor dimensionado. Assim, manifesta aumento na percepção de seu comportamento e conseqüente autocontrole sobre o mesmo.

DISCUSSÃO

Ser pai e mãe de uma criança diagnosticada com TDAH implica, no âmbito familiar, conviver com freqüentes quebras de expectativas, já que o filho não corresponde ao que é dele esperado em termos de comportamento e de aquisição de habilidades. Assim, é situação que penaliza a estrutura familiar, já que compromete as relações afetivas entre seus membros pelo desgaste da convivência com alguém muitas vezes dito como 'insuportável'. Cansados, acuados, preocupados com o vir a ser daquele filho aparentemente tão despreparado para o mundo contemporâneo, esses pais se defendem como podem, sempre em busca de melhorias para essas condições, atormentados pelo questionamento: quem tem culpa de tudo isso? Sentimento de culpa, este, que, que o grupo psicoterápico, através de função continente, buscou transformar, através da ampliação da compreensão sobre os comportamentos dos filhos, pois não dá para reduzir o humano a conjunto de sintomas ou comportamentos, simplesmente. Ou seja, só se é humano se engendrado com o outro, fruto das relações que se estabelecem entre as pessoas, em ambiente afetivo e emocional. Como bem disse Winnicott (1989), a ausência de sintomas não é sinal de saúde: este é dado pela criatividade. E essa somente se conquista através da confiança que se tem em si mesmo e, assim, naquele com quem se estabelece relação afetiva.

Essas mães vivenciaram, através do grupo de escuta, a rica experiência de ouvir a ouvir a outra, a ouvir o que falam e a permitir que alguém que lhes é estranha, no caso, as psicólogas, interviessem em suas falas e lhes apontassem dinâmicas psíquicas difíceis de serem transformadas, até mesmo, assumidas. Enfrentaram o medo da exposição e da análise, entraram em contato com medos por vezes inclassificáveis. Choraram, riram e manifestaram o seu amor por estes filhos, e também a angústia de sempre vê-los em apuros.

Mães que, à medida que o grupo propiciou que chegassem mais perto de suas expectativas de vida e de suas próprias descrenças, puderam se sentir menos cobradas e, assim, reavaliaram as exigências que faziam aos filhos. Assim, ao criar um elo entre três

mulheres com histórias de vida tão diferentes mas que, naquele espaço e momento, uniram-se pelos filhos, o grupo de escuta psicoterápica matizou-lhes com o colorido do encontro afetivo e acolhedor que criou as condições para que viessem a se sentir mais integradas.

Esses resultados apontam para a necessidade de se ampliar as pesquisas em torno do caráter subjetivo que permeia as relações entre humanos e, assim, singularizam seus comportamentos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Maria Alice S. B. de. *Avaliação dos resultados de intervenções psicoterápicas breves na comunidade de Bauru*. Revista Ciência em Extensão, 47-57p. Disponível em: <http://www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_artigo33.pdf>. Acesso em: 18 out 09.

BORGES, TRENTINI, BANDEIRA, DELL'AGLIO. *Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância*: um estudo de revisão. Psico-USF, v. 13, no. 1, p. 125-133, jan/jun. 2008. Disponível em: http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_13/uploadAddress/art_14%5B9296%5D.pdf. Acesso em: 21 out 09.

CALIMAN, L. V. *A constituição sócio-médica do "Fato TDAH".* Psicologia & Sociedade; 21(1): 135-144, 2009. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=521059&indexSearch=ID. Acesso em: 21 out 09.

CAPOVILLA, A. G. S.; ASSEF, E. C. S.; COZZA, H. F. P. *Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade*. Aval. psicol. v.6 n.1 Porto Alegre jun. 2007. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=s1677-04712007000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 18 out 09.

CATAFESTA, I. F. M. *Intervenções no desenvolvimento psicológico: um trabalho preventivo.* Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, IP-USP, 1992.

DSM-IV-TRtm. *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais*. Tradução por Cláudia Dornellees. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GORODSCY, R. C. *A criança hiperativa e seu corpo*: um estudo compreensivo da hiperatividade em crianças. Tese de Doutorado, IPUSP, 1990.

GREVET, E. H.; ABREU, P. B.; SHANSIS, F. *Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.* Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, vol.25, no. 3. Porto Alegre, dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19617.pdf. Acesso em: 21 out 09.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. *A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*: uma discussão crítica. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, no. 1, 2009. Disponível em:

http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/ viewArticle/174/141. Acesso em: 21 out 09.

LOPES, R. M. F.; NASCIMENTO, R. F. L.; BANDEIRA, D. R. *Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH)*: uma revisão de literatura. Avaliação Psicológica, 4(1), 65-74, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp /v4n1/v4n1a08.pdf. Acessado em: 18 out 09.

MIRANDA, A. M. *Uma experiência com grupo de pais de adolescentes numa instituição escolar.* Dissertação de Mestrado, Puc-Campinas, 1998. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/24749613.html. Acesso em: 21 out 09.

PASQUALI, L.; GOUVEIA V. V.; ANDRIOLA, W. B. et al. *Questionário de saúde geral de Goldberg*: manual técnico QSG (adaptação brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

RUFATTO, A. T. *O grupo como lugar de aprendizagem*. Vínculo, v.3, no. 3, São Paulo, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902006000300005&lng=pt&nrm=. Acesso em: 21 out 09.

TABORDA, A.; ABRAHAM, M. L A. *Algunas consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento farmacológico del TODA-TDAH.* Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2007; 43/44, 195-230. Disponível em: http://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria43_44.pdf#pa ge=196. Acessado em: 18 out 09.

WINNICOTT, D. W. *O brincar & a realidade*. Tradução por José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução por Irinco Constantino Schuch Ortiz. 3ª. edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Tradução por Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. Tudo começa em casa. Trad. por Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WINNICOTT, D. W. *Natureza humana*. Tradução por Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

POSTER 54

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SEGUNDO O MODELO DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Marcelo Soares da Cruz[135]
Daniela Adachi Guimarães
Silvia Lopes de Menezes
Caio Mantese de Souza
Luiz Tadeu Gabriel Filho[136]
Leila Cury Tardivo

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um grupo de estudantes de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) no atendimento de pacientes psiquiátricos segundo o modelo de consultas terapêuticas de D. W. Winnicott, com o acompanhamento de um estudante de pós-graduação da mesma instituição. Inicialmente como estágio obrigatório da disciplina *Introdução à Psicopatologia*, oferecida no terceiro semestre do curso, em que os estudantes atuam em hospitais psiquiátricos conveniados, a experiência foi posteriormente ampliada pelo grupo para o atendimento na Universidade de pacientes encaminhados pelo CAPS Adulto Butantã e, dado o sucesso tanto no atendimento dos pacientes quanto na formação dos estudantes, tem sido objeto de estudos e reflexão. Há ainda a perspectiva de ampliação da experiência com a criação de novos grupos terapêuticos, instituindo-se, assim, um novo modelo de estágio para os estudantes de psicologia desta instituição.

Palavras-chaves: consultas terapêuticas, paciente psiquiátrico, CAPS, psicopatologia.

[135] Psicólogo – mestrando do Programa de Pós Graduação do Departamento de Psicologia Clinica do IPUSP
[136] Estudantes de graduação de Psicologia do IPUSP

Introdução

Um dos grandes desafios na formação de qualquer profissional é como aliar teoria e prática. O trabalho em questão visa relatar, na perspectiva de alguns de seus atores, uma bem sucedida experiência de um grupo de estudantes de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) no atendimento de pacientes psiquiátricos. A trajetória teve início como estágio obrigatório da disciplina *Introdução à Psicopatologia*, oferecida no terceiro semestre do curso. Nessa disciplina, em iniciativa inovadora, os estudantes são chamados a atuar em hospitais psiquiátricos conveniados, seguindo o modelo de consultas terapêuticas de D. W. Winnicott (1994), em que se considera que há potência terapêutica em cada encontro clínico (TARDIVO *et al,* 2008). O grupo que aqui se apresenta, e que contou com o acompanhamento constante de um estudante de pós-graduação, optou, no entanto, por uma continuidade desse trabalho como estágio da disciplina optativa *Psicopatologia: aspectos teóricos e prática clínica*, oferecida no semestre seguinte. Posteriormente, mantidos o interesse e a busca de aprofundamento de sua formação no campo da saúde mental, passaram a integrar um novo núcleo do projeto APOIAR, parte do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social desta instituição (TARDIVO, 2008) e a atender pacientes encaminhados pelo Centro de Atenção Psicossocial do Butantã, o CAPS Adulto Butantã.

Inicialmente, é necessária uma breve exposição da trajetória acadêmica que possibilitou ao grupo de autores o contato com a escuta de pacientes psiquiátricos ainda durante o curso de graduação. A disciplina *Introdução à Psicopatologia* é parte da grade curricular do curso de Psicologia da referida instituição, obrigatória para a conclusão do curso e contempla, dentre outras coisas, uma parte prática que consiste de uma intervenção clínica supervisionada em instituições de saúde mental, cuja coordenação é feita pela professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Esta disciplina é oferecida no primeiro semestre de cada ano, idealmente para alunos do terceiro semestre de curso. Para a parte prática, divide-se a turma em grupos com número variável de integrantes, a depender do número total de alunos e da disponibilidade de horários dos membros do grupo e das instituições que receberão cada um deles. Cabe ainda notar que cada grupo recebe um supervisor, que, no caso do grupo em questão, foi Marcelo Soares da Cruz, co-autor deste

trabalho, encarregado de acompanhar presencialmente as intervenções dos estudantes na escuta estabelecida sob o modelo de consultas terapêuticas. Neste caso, porém, contamos ainda com um espaço extra de supervisão das intervenções, bem como de discussão científica de seus resultados e das possibilidades diagnósticas frente ao modelo estudado na disciplina em questão. Esse trabalho faz parte de Projeto que vem se desenvolvendo há cinco anos e que tenta integrar o atendimento ao paciente psiquiátrico nos hospitais com a prática nas disciplinas de Psicopatologia oferecidas aos alunos de graduação. Diversas dessas propostas tiveram resultados muito favoráveis, conforme mostram trabalhos reunidos no livro *APOIAR: novas propostas em Psicologia Clínica* (TARDIVO e GIL, 2008).

Os referidos encontros com os pacientes se davam, nesse momento, em uma sala oferecida pela instituição de saúde mental que abrigava o grupo, para a qual os pacientes convidados se deslocavam sem que se configurasse um processo psicoterapêutico com o compromisso de freqüência e continuidade. Assim, a presença do paciente é totalmente livre e é uma resposta a um convite de que faça uso de um espaço para si, onde o que vale é sua vontade, tanto no que diz respeito aos conteúdos eventualmente apresentados, quanto no uso do espaço físico. O objetivo é permitir que, naquele momento, o sujeito possa se expressar da forma mais espontânea possível, o que constitui um ganho em si. Na concepção de Winnicott (1994), é positivo para a elaboração do sofrimento psíquico estabelecer uma relação de "uso de objeto", onde o paciente se aproprie do espaço terapêutico para apresentação de suas angústias. Assim, os encontros tiveram caráter terapêutico na medida em que foi proposta aos pacientes a oportunidade de um espaço de escuta sincera.

É preciso salientar que, embora houvesse a proposta inicial de aplicar o modelo de consultas terapêuticas e de adotar a perspectiva winnicotiana, havia liberdade para que os estudantes adotassem a técnica que considerassem apropriada ao caso. O que caracterizava o encontro era o estabelecimento de um enquadre eminentemente humano, em que havia uma busca verdadeira por oferecer suporte para o sofrimento trazido pelo paciente. Nos termos apresentados por Tardivo e Gil (2007), para Winnicott,

> *não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao caso. O princípio básico é o fornecimento de um* setting *humano, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que não destroça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas ou por causa da sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar o sucesso'.*

A primeira experiência de escuta de uma paciente psiquiátrica: das fantasias ao contato humano

A primeira paciente do grupo, aqui chamada Dona Dora, foi convidada pelo hospital para participar dos encontros e usar o espaço de escuta humana como complemento em seu tratamento. Dona Dora, que estava em sua segunda internação devido a duas tentativas de suicídio, juntou-se então ao grupo de estágio de *Introdução à Psicopatologia*, composto por dez estudantes e seu supervisor, que, semanalmente, compareciam àquela determinada instituição de saúde mental para seu atendimento.

Este primeiro encontro entre os alunos de graduação e um paciente psiquiátrico em *setting* terapêutico gerou em todos um estado de certa apreensão e espaço para muitas fantasias sobre o que é o atendimento clínico, bem como sobre os pacientes de uma instituição daquele tipo. Além disso, o fato de serem onze pessoas a escutarem uma única pessoa gerou muitas dúvidas sobre a possibilidade de contato real de cada estudante com o paciente e de que este se utilizasse verdadeiramente do espaço de escuta na presença de tantos integrantes. Porém, antes mesmo de o grupo entrar em contato com Dona Dora, coube ao supervisor proporcionar aos estudantes um espaço para conversar sobre esta apreensão e sobre outros sentimentos e pensamentos que estivessem presentes.

De qualquer forma, no decorrer dos nove encontros com Dona Dora - ao longo de dois meses e meio - ficou claro que a paciente fez uso desse espaço, se apropriando de seu

sofrimento psíquico. O primeiro encontro com ela gerou estranhamento em todos, pois não se tratava de alguém desalinhado, onde o estigma social do "louco" estivesse evidente. Dona Dora parecia tão comum quanto qualquer um de nós. Mas, se, no início, ela permanecia mais descritiva em relação a seus sentimentos e pensamentos, até parecendo falar de outra pessoa, e não dela própria, esta condição mudou no decorrer do semestre, chegando ao reconhecimento explícito, na penúltima sessão, de que a voz que ouvia era parte de si própria.

É também digno de nota o fato de que Dona Dora não deixou de comparecer, por sua vontade, a nenhuma sessão, o que foi tomado como indicativo de sua aderência à proposta. Ela se fez ausente apenas quando teve de ir a uma reunião com a equipe de atendimento do próprio hospital a respeito de sua alta e que houvera sido marcada no mesmo horário do atendimento. Mas, ainda assim, antes de se encaminhar à reunião, a paciente compareceu à sala em que o atendimento acontecia e fez questão de justificar sua ausência naquela tarde, uma preparação para a "coincidência" ao final do semestre: o último encontro com Dona Dora foi justamente na semana de sua alta daquela instituição de saúde mental.

Esse fato, juntamente com outros dados coletados no desenrolar dos encontros, deram aos alunos, no momento da desinternação de Dora, o sentimento de dever cumprido, ampliando o interesse deste grupo de continuar a atuar com o modelo de escuta de pacientes psiquiátricos ali proposto e, paralelamente, de obter maiores conhecimentos na área. A experiência vivida com Dona Dora ao longo do semestre foi intensa, envolvente e interessante. Um aprendizado profundo, uma experiência de alteridade. Encarar Dona Dora no primeiro dia e ouvir sua triste história foi pouco perto de todas as emoções que vieram a cada encontro. Dona Dora é uma pessoa muito bem articulada, comunica-se bem, é coerente, inteligente e parecia realmente envolvida com o trabalho. Houve certo estranhamento, seja em razão da desconstrução da imagem caricatural de um doente mental, seja pelo contato com sentimentos inomináveis ou, pelo menos, bastante intensos, ao escutar a fala da paciente. Mas tudo isso só promoveu o despertar de um interesse vívido sobre este segmento da psicologia.

Foi, portanto, nesse processo, fundamental pensar e falar a respeito da experiência, tanto em nossas reuniões de grupo - que extrapolaram, inclusive, o espaço reservado ao estágio -, quanto em terapia pessoal. Acreditamos que a experiência tenha sido valorosa não apenas para o grupo de estudantes, estagiários, mas também para aqueles que os acompanharam nesse processo: o supervisor, que se mostrou extremamente disponível e que mergulhou conosco nesse mar de novidades em uma profundidade que extrapola o que era para ele estabelecido como dever, e, sem dúvida, Dona Dora, a gentil mulher que nos aceitou em nossas limitações e que nos permitiu partilhar sua experiência no mundo. Este valor deve ser objeto de futuros estudos, assim como, na ocasião, mergulhamos na literatura da área, orientados pelo supervisor que, não apenas teceu uma rede onde as subjetividades pudessem se relacionar frente ao sofrimento humano evidente, mas também propôs textos que discutiam a existência humana e a loucura, além daqueles acerca da condição clínica da paciente atendida. Este outro lado também foi fundante para o grupo no estudo da psicopatologia, onde foi possível compreender não apenas que um outro em sofrimento pode ser amparado em vista da subjetividade de um sujeito, apresentando-se em escuta, mas também entender de forma mais distanciada e objetiva sob um prisma teórico definido, o que resguarda o sujeito da escuta de uma identificação muito profunda, podendo não ser suportada por estes sujeitos. Isto versa sobre o cuidado do supervisor em preservar a integridade da saúde mental dos estudantes ao mesmo tempo que viabilizou um espaço de identificação com o sofrimento: da doença para a humanização daquele que sofre.

Segunda etapa: mais uma experiência de adesão e uso do objeto

A maior parte do grupo sentiu muita potência terapêutica no processo de atendimento que se instalou com Dona Dora. Muitos queriam continuar com mais experiências deste tipo. Assim sendo, cinco integrantes buscaram a disciplina intitulada *Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica*, optativa, para a qual a disciplina *Introdução à Psicopatologia* é pré-requisito. Nessa segunda disciplina, no entanto, a proposta é de que a prática clínica se dê com base em outro modelo, o de oficinas terapêuticas. Contudo, a partir de uma demanda do próprio grupo, o trabalho com as consultas terapêuticas teve continuidade na

mesma instituição de saúde mental, com o aqui chamado Seu Valdecir, com quem tivemos sete encontros, juntamente a mais um colega, que solicitou a participação no grupo, sendo inserido mesmo após o início dos encontros.

Seu Valdecir tinha um discurso diferente de Dona Dora, sendo muito repetitivo e rígido quanto às suas crenças. Durante os encontros, ateve-se à repetição de alguns fatos, de modo que houve uma alteração relativamente pequena de conteúdo de seu discurso a cada encontro. Havia, no entanto, ali, a demonstração de um grande sofrimento em suas palavras e ele perguntava reiteradamente nossa opinião sobre a veracidade dos fatos narrados e sobre sua possível classificação como louco. No caso de Seu Valdecir, o proveito do encontro se deu em especial por esta possibilidade de narrar a mesma história diversas vezes, podendo, paulatinamente, tomar contato com diversos aspectos dessa história, significando e re-significando pontos. Isso ficou claro a cada vez que ele alterava algum dado da narrativa, por vezes implicando, inclusive, em incoerências entre diversas versões da história contada.

Assim, a experiência, nesse segundo semestre, também nos proporcionou novamente um interessante contato com a realidade da clínica, raro em nossa vida acadêmica, na graduação em Psicologia. O ingresso em uma instituição de saúde mental, o encontro com um paciente psicótico por diversas semanas, com possibilidade, não só de observação, mas de intervenção, foi uma experiência importante. Além disso, nesse caso em especial, foi possível também estabelecer contato com o psicólogo de referência de Seu Valdecir na instituição, que, em sessões de supervisão paralelas, participou conosco de diversas discussões clínicas do caso, trazendo, por vezes, inclusive, novas informações que corroboravam nossa percepção da relevância do trabalho ali realizado e que contribuíram com elementos para as discussões posteriores do caso sob a ótica de um exame psíquico, de uma avaliação psicodinâmica, da relação da teoria estudada nas aulas com nossas práticas e reflexões, bem como da saúde da própria instituição.

Cabe notar que, embora a alta de Seu Valdecir tenha ocorrido em meados do semestre e houvesse ainda mais tempo para um novo atendimento, este foi interrompido após o primeiro encontro com um novo paciente devido a uma reformulação da equipe da

instituição, que desautorizou a continuidade do trabalho. Assim, havendo ainda uma demanda do grupo em continuar atuando nesse modelo e não havendo oferecimento de outra disciplina na área de psicopatologia na qual se pudesse dar continuidade à experiência no semestre seguinte, foi preciso que o grupo passasse a realizar seus atendimentos no âmbito de disciplinas de pesquisa e estágio supervisionado oferecidas em caráter optativo, nas quais os estudantes se vincularam ao projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Instituto de Psicologia da USP (TARDIVO, 2008). Entretanto, a ocupação desse "não lugar" foi um convite ao grupo para que escolhesse onde atuar dali em diante. Seria possível dar continuidade à experiência em uma das outras instituições de saúde mental que tradicionalmente abrigam os estudantes matriculados na disciplina *Introdução à Psicopatologia*. Porém, as reflexões realizadas geraram frutos e nos levaram a procurar espaço em uma instituição que trabalhasse em uma outra perspectiva de atendimento aos pacientes psiquiátricos, mais de acordo com as concepções de saúde mental de cada um de nós. Foi então que surgiu a idéia de contactar um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) de nosso município, instituições públicas como nossa Universidade e onde os pacientes psiquiátricos são recebidos fora do modelo de internação.

Sob as bênçãos da reforma psiquiátrica: o contato com pacientes que vão e vêm

Nessa perspectiva, foi estabelecido o contacto inicial com o CAPS Adulto Butantã, o CAPS que atende os pacientes da região onde está inserido o campus da Universidade em que estudamos. Nesse contato, manifestou-se brevemente nosso interesse por realizar consultas terapêuticas supervisionadas com seus usuários e foi agendado um primeiro encontro para apresentação de nossa proposta de trabalho.

Em um primeiro momento, a equipe de Psicologia do CAPS Butantã dispôs-se a ouvir nossa proposta e, numa demonstração de cuidado com o trabalho já realizado em sua instituição, solicitou-nos apresentação do embasamento teórico desta proposta de intervenção clínica, bem como minucioso relato da experiência vivida até então. Após sucessivos encontros, fomos então convidados a visitar as instalações da instituição, lá

permanecendo por algum tempo, para ter contato com os usuários e para acompanhá-los em algumas das atividades lá oferecidas, tais como oficinas de cuidados pessoais, de bijuteria, caminhadas, entre outras. Estas visitas, realizadas em duplas ou trios, foram amplamente discutidas, tanto nas sessões de supervisão, quanto em reuniões posteriores com a coordenadora e uma das psicólogas do CAPS Adulto Butantã.

Após esse processo, configurou-se uma parceria com o essa instituição, que atualmente faz o encaminhamento de usuários que, no entendimento da equipe, poderiam se beneficiar das consultas terapêuticas, para atendimento em sessões semanais na Universidade. Nesses encontros, permanece a busca pelo oferecimento de um ambiente humano de escuta significativa a ser utilizado pelos pacientes como espaço terapêutico, em que podem tratar livremente de seu sofrimento e compartilhar seu cotidiano, seus conflitos e sua história.

Considerações finais

Este terreno, o de encontros nos moldes das consultas terapêuticas realizados por grupos de alunos da graduação em Psicologia com pacientes psiquiátricos, proporcionando escuta e acolhimento aos pacientes, vem se mostrando bastante fértil para pesquisar a análise de seus efeitos terapêuticos. Todavia, a potência das consultas terapêuticas em um lugar institucional nascente se mostra permeada por uma multiplicidade de fatores, de modo que mais estudos clínicos são necessários para discutir a viabilidade da ampliação deste projeto bem como sua eventual replicabilidade em outros contextos institucionais, dada a bastante conhecida carência de serviços públicos de saúde mental. Sendo assim, o grupo trabalha atualmente na produção de artigos científicos que envolvem tanto a discussão dos casos clínicos atendidos quanto a função de atendimentos em grupo de estudantes na formação de psicólogos clínicos e algumas questões institucionais relacionadas à saúde mental.

Referências

WINNICOTT, D. W. (1997) O valor da consulta terapêutica. In: *Explorações Psicanalíticas*. São Paulo: Artmed, p. 244-248.

TARDIVO, L.C.; GIL, C.A. Encontros e Consultas Terapêuticas: Uma Proposta de Pesquisa e Intervenção No Hospital Psiquiátrico. In: *I Simpósio Internacional De Pesquisa Em Psicoterapia: Trabalhos E Resumos*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica De Campinas, p.72-80., 2006

TARDIVO, L. S. L. P. C. (2008) O projeto APOIAR e o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social: relato de uma trajetória. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A. *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: Sarvier, p. 3-8.

TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A. (2008) *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: Sarvier.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A.; TURNA, J. W. T; CAUTELLA Jr., W. (2008) O projeto APOIAR nos hospitais psiquiátricos: propostas de ensino, pesquisa e intervenção. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A. *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: Sarvier, p. 273-279.

Inscricao Numero: 270
Nome: Caio Mantese de Souza
Tel.: 1191611558
Email: cmantese@yahoo.com.br
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: Psicologia
Semestre: Sexto
Faculdade: Universidade de São Paulo

POSTER 55

ENCONTROS TERAPÊUTICOS NO ESTILO CLÍNICO SER E FAZER NO ATENDIMENTO A CASAIS COM DIAGNÓSTICO DE INVIABILIDADE FETAL

Walkiria Cordenonssi Cia[137]
Tânia Aiello-Vaisberg[138]

O desenvolvimento tecnológico tem permitido que os pais sejam informados a respeito de problemas fetais desde as primeiras semanas de gestação, na medida em que a ultrassonografia e outros exames detectam anomalias que podem comprometer a saúde e até mesmo a sobrevivência da criança. Quando o casal recebe a notícia de que seu bebê não terá chances de sobreviver após o nascimento, vive um momento de grande sofrimento. O diagnóstico será inevitavelmente vivido, pelo menos no primeiro momento, como uma invasão ambiental, uma quebra na continuidade de ser. Nesse momento precisam tomar uma decisão muito difícil e que precisa ser compartilhada de continuar a gestação ou entrar com um pedido judicial que permita sua interrupção. Em nossa experiência, a atenção psicológica clínica baseada no holding através de enquadres clínicos diferenciados como os encontros terapêuticos, realizados pelos pesquisadores da Ser e Fazer, tem-se revelado uma alternativa promissora que pode ajudá-los a viver esta experiência emocional de modo mais integrado e saudável.

Palavras chaves: casal, anomalias, *holding*, ser e fazer, enquadres diferenciados, encontros terapêuticos

[137] Email: walkiriacia@uol.com.br

[138] (Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Campinas, SP

;

Muitos autores (Winnicott, 1956; Soifer, 1980; Tsu, 1980; Granato, 2000) enfatizam que ao longo da gestação, juntamente com as mudanças físicas, a mulher se prepara psicologicamente para receber o bebê.

Winnicott define a Preocupação Materna Primária com um estado especial da mãe:

> Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. (WINNICOTT, 1956, p. 401).

Mais abaixo acrescenta:

> A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de 'preocupação materna primária' fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (WINNICOTT, 1956, p. 403)

A descoberta de uma gestação tem várias repercussões transformadoras na vida da mulher, do casal, da família e da rede social. Trata-se de um acontecimento biográfico, pois é através da mulher do mundo de hoje que essa mãe poderá alcançar um estado psíquico especial que lhe possibilitará comunicar-se adequadamente com o bebê (Aiello-Vaisberg, 1999).

Acreditamos que a preocupação materna primária só é possível quando a mulher encontra-se madura emocionalmente para ser capaz de viver uma experiência de vida em que as necessidades do bebê ocupam o centro da atenção da mulher, o que lhe possibilitaria uma adaptação sensível e delicada às suas necessidades já nos primeiros momentos.

Mas é preciso muito cuidado, principalmente quando nos voltamos para questões emocionais, portanto:

> Mães são mulheres, mais ou menos emocionalmente amadurecidas, que vivem em condições mais ou menos favoráveis de diversos pontos de vista: relacional, social, político, econômico, histórico, cultural, orgânico... Não se dividem em dois grupos estanques, um que busca o enlouquecimento do filho e outro que garante sua sanidade independentemente da consideração de qualquer outro aspecto. (Aiello-Vaisberg; Granato, 2006, p.12)

Em certos momentos algumas mulheres apresentam uma maior dificuldade com a maternidade:

> Tais mulheres não conseguem preocupar-se com o seu bebê a ponto de excluírem quaisquer outros interesses, de maneira normal e temporária. É possível inclusive imaginar que com algumas dessas pessoas ocorre uma 'fuga para a sanidade'. (WINNICOTT, 1956, p. 401, 402).

Gestantes que encontram no ambiente uma sustentação ao longo da gestação e do puerpério terão condições emocionais mais favoráveis para se adaptarem as necessidades do bebê.

A saúde reprodutiva no Brasil sempre teve como orientação uma política centrada exclusivamente na mulher. Foi a partir dos anos oitenta que essa política começou a tomar um novo rumo (Galastro, 2007). Espaços anteriormente exclusivos da mulher passam a receber a presença masculina com mais naturalidade. Tal mudança de posicionamento implica em uma maior responsabilidade dos homens pelos aspectos da vida sexual e reprodutiva, mas, por outro lado, exige dos profissionais de saúde um maior preparo para que possam também incluí-los nos cuidados que inicialmente só eram voltados para as mulheres.

Ao longo da gestação, caso não haja nenhuma intercorrência, a gestante ou o casal estarão se preparando emocionalmente para receber um bebê saudável. O temor de uma

criança malformada sempre existe, o que faz com que qualquer procedimento investigativo seja vivenciado com graus variados de ansiedade.

Devido ao desenvolvimento tecnológico que atinge todas as áreas da nossa vida e que, particularmente, na medicina tem um impacto que se dá de modo muito definido, esses procedimentos investigativos já fazem parte da nossa rotina.

A Medicina Fetal é uma especialidade médica que visa através do diagnóstico, da ampliação propedêutica, do prognóstico e possibilidades terapêuticas assistir a saúde do feto e da gestante. A ultrassonografia é um dos exames mais utilizados pelo fetólogo, além de ser um dos mais solicitados no pré-natal.

Ao mesmo tempo em que facilita o acompanhamento médico do desenvolvimento fetal, tais exames durante a gestação, permitem um outro tipo de percepção do feto, a visual. Com isso, as mães tiveram mais uma forma de contato com seus bebês e os pais, que só por volta do segundo trimestre de gestação, através dos movimentos fetais, começavam a senti-los, agora podem vivenciar essa nova experiência.

Se por um lado os pais hoje podem escutar nitidamente as rápidas batidas do coração do feto e visualizar seus movimentos dentro do útero, por outro lado, o desenvolvimento da ultrassonografia possibilitou que anomalias fetais compatíveis ou incompatíveis com a vida após o nascimento pudessem ser diagnosticadas muito precocemente. Em um passado recente, essas condições só eram informadas após o nascimento da criança, o que levou a uma modificação nos aspectos do relacionamento mãe-bebê (Messias, 2006).

Quando a gestante ou o casal recebe a notícia de que seu bebê não terá chances de sobreviver vive um momento de grande sofrimento. O diagnóstico será inevitavelmente vivido, pelo menos no primeiro momento, como uma invasão ambiental, uma quebra na ‘continuidade de ser’. Diante disso, cada um dos pais vai reagir à invasão de modo a proteger o self, o que muitas vezes ocorre através de certo isolamento.

Em nossa experiência, a atenção psicológica clínica baseada no holding através de enquadres diferenciados no estilo clínico ser e fazer tem-se revelado uma alternativa promissora podendo ajudá-los a viver esta experiência emocional de modo mais integrado e saudável.

Muitas vezes a compreensão do que está acontecendo fica comprometida pelo fato dos pais estarem dissociados. Uma equipe de saúde interdisciplinar coesa é muito importante,

pois passa a ter mais subsídios para lidar com as dificuldades e as questões emocionais do casal, devido à troca de experiência entre os diversos especialistas. Além disso, a sintonia no conteúdo das informações passadas ao pais, já representa um acolhimento fundamental para que estes possam tomar a difícil decisão quanto a continuar ou não com a gestação. Mas é preciso muito cuidado, pois fortes emoções estão em jogo e a linha que separa o que pode ser sentido como *holding*, oferecido pela equipe, daquilo que já pode ser vivenciado como uma invasão emocional é muito tênue (Tachibana, Aiello-Vaisberg, 2007).

Ainda não é dada a gestante a autonomia de interromper a gestação diante do diagnóstico de inviabilidade fetal após o nascimento, pois as leis brasileiras só permitem o aborto em casos de estupro ou risco de vida materna. Portanto, é por meio de um alvará judicial que será possível obter a permissão para que ocorra essa interrupção. Na maior parte das vezes os juízes sensibilizados com a questão estão deferindo esses pedidos. (Setubal *et al*, 2003)

Mas quando a solicitação do alvará para a interrupção da gestação é indeferida, ocorre mais uma experiência desestruturante vivida pelo casal e, em particular, pela mulher grávida que vivenciará seu corpo se modificando e as sensações dos movimentos fetais sabendo que não poderá cuidar do seu filho. Quando a continuidade da gestação não é um desejo dos pais pode vir acompanhada de graves conseqüências emocionais. Acreditamos que através dos enquadres diferenciados pela perspectiva da Ser e Fazer é possível acompanhar esses casais.

No caso da decisão pela continuidade da gestação é importante que continuem sendo assistidos pela equipe, pois necessitam de atendimento psicológico e a mulher precisa dar continuidade ao seu pré-natal. O holding é fundamental a esses casais, que muitas vezes de forma defensiva, como única conduta possível, tentam continuar a gestação como se nada estivesse acontecendo: continuam preocupados com o quarto do bebê, as roupinhas, etc. Em geral, a maior proximidade do parto se impõe como uma realidade assustadora e passamos a escutar dos casais: mãe: “Não estou preparada para receber esse bebê”, pai: “Não tinha pensado nisso”.

Cada gestação é experienciada de uma forma única pela grávida e seu companheiro devido ao seu momento histórico e ao seu contexto emocional. Há gravidezes desejadas, não desejadas, compartilhadas entre os companheiros ou vivida pela gestante sem a

presença do pai do seu filho. Mas não podemos dizer que existe um momento ideal, menos traumático para que a notícia da malformação de um bebê, que não sobreviverá, seja dada. E nem podemos dizer que o sofrimento é mais intenso nas gravidezes desejadas, pois aquelas que não foram desejadas, após a notícia de uma anomalia fetal, despertam um grande sentimento de culpa e, em geral, a sensação de castigado. Essas experiências aproximam-se das vividas pelas gestantes que sofreram aborto espontâneo como explicitado na seguinte narrativa:

> Lembro-me de uma delas que, chorando muito, contou, em meu ouvido – como se estivesse confessando-me um segredo – que, quando descobrira estar grávida, havia odiado a situação, uma vez que não queria ser mãe. Perguntou-me: “Será que porque eu odiei o meu bebê, Deus quis me castigar?” (Tachibana, 2006, p.140)

Mas se não existe um momento ideal para se dar uma notícia tão ruim, existem maneiras mais cuidadosas e o preparo dos profissionais de saúde é fundamental para que isso possa ocorrer. Preparo este que só será possível quando esses profissionais puderem receber suporte adequado.

Uma das autoras faz parte de uma equipe de Medicina Fetal de um hospital localizado na cidade de São Paulo. Atende casais que na maioria das vezes tem um feto com anomalias incompatíveis com a vida após o nascimento e desejam interromper a gestação. Nesta equipe é preciso passar por uma avaliação interdisciplinar antes de entrar com o pedido de interrupção legal da gestação. Os casais que recebem a notícia de qualquer problema com o seu bebê são encaminhados para atendimento psicológico, mas a grande maioria acaba não procurando o serviço.

Os atendimentos realizados se dão por meio de enquadres diferenciados denominados encontros terapêuticos. Outras pesquisadoras da Ser e Fazer (Tachibana, 2006; Granato, 2004; Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007) já utilizaram os encontros terapêuticos como enquadres diferenciados, mas de forma individual. Aqui propomos que esses encontros sejam feitos ou individualmente com a gestante ou com o casal, sendo assim diferente da formas já propostas.

Os encontros terapêuticos são inspirados nas consultas terapêuticas winnicottianas, que baseadas no holding e no “Jogo do Rabisco” podem utilizar-se de recurso mediador dialógico ou não, como no nosso caso. Os encontros consistiram em poucos atendimentos, em geral, logo após o casal receber a notícia de alguma anomalia com o bebê até a finalização do procedimento de interrupção da gestação. Alguns deles prosseguiram com esses atendimentos por um tempo um pouco mais prolongado.

Quando esses casais conseguem realizar o movimento de buscar ajuda encontram-se perdidos e tomados por um grande sofrimento. Muitas vezes a dor é tão intensa que não conseguem nem mesmo reconhecer ou aceitar a forma de expressão de dor do parceiro, o que configura uma dificuldade no reconhecimento amadurecido da alteridade. Queixam-se dos companheiros por acreditar que não estão sofrendo ou que paralisaram diante da situação. No atendimento psicológico baseado no estilo clínico ser e fazer é possível ajudá-los a reconhecer as diferentes formas de expressão do sofrimento.

Em vários casos, após a gestante ser informada sobre a anomalia fetal e a não sobrevivência do bebê passa a não mais querer falar do filho como se esta fosse uma forma de não “se envolver” mais. Muitas das mulheres chegam a fazer um movimento com a mão empurrando a barriga para baixo, em um nítido movimento de separação, demonstrando com muita clareza o quanto foi interferido na relação com essa criança. Passa-se a vivenciar um luto.

> (...) Podemos pensar que o luto relaciona-se não apenas à perda do filho idealizado, mas à sensação de fracasso materno por ter gerado um filho imperfeito. Seria como se as mulheres ficassem enlutadas por sua maternidade, por sentirem-se incapazes de gerar uma vida perfeita. (Couto et al, 2007)

Já os pais, em sua grande maioria, chegam determinados a interromper a gestação, como se essa fosse uma maneira de acabar com todo aquele sofrimento. Mas é muito evidente o quanto eles desejam preservar a mulher daquela gravidez, aliás, enfatizam muito mais a dor delas do que a sua própria e acreditam que se falarem do seu sofrimento estão impondo mais um peso sobre as suas companheiras que já carregam o bebê. É possível verificar uma nítida posição de provedor, de cuidador, tantas vezes enfatizada culturalmente,

mas também uma extrema dificuldade em lidar com a fragilidade e impotência imposta pela situação.

É preciso que o terapêuta possa aguardar o gesto da mulher e de seu companheiro para que só então possa, como diria Winnicott, apresentar o mundo em pequenas doses, diante de uma nova configuração, evitando que novamente ocorra uma quebra na continuidade de ser.

Dentro do processo de interrupção, após a morte fetal, a gestante é internada para a indução do parto. A psicóloga costuma acompanhar o casal nesse período, que tem uma certa variação no tempo, mas que nos casos mais demorados chega a completar ou ultrapassar uma semana. Esses momentos são vivenciados com muita angústia, pois é a espera do nascimento de um bebê que já está morto. Uma das pacientes acompanhadas na internação aguardava pelas contrações ansiosamente, pois isso significava que todo aquele processo doloroso iria acabar. Em um dos atendimentos, quando já estava começando a sentir as contrações, disse que gostaria que aquilo acabasse o mais rápido possível, pois não gostaria mais de sentir aquela “coisinha” mexendo dentro da barriga.

Com um dos casais, após a gestante entrar para o centro cirúrgico o pai ligou para a psicóloga e pode por um bom tempo falar de suas angústias e medos. Devido aos atendimentos anteriores, provavelmente vividos como sustentadores, sabia que poderia encontrar na psicóloga a disponibilidade e o holding de que necessitava naquele momento.

Muitas são as histórias vividas por essas mulheres e homens e o que elas mais têm em comum são as vivências de grande impacto emocional e muito sofrimento. Diante dessa realidade, que rompe a ‘continuidade de ser’, a possibilidade de oferecer um atendimento através de enquadres diferenciados baseado no holding tem se mostrado promissora em ajudar esses pais a integrar essas vivências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Sonhos de Nascimento e preocupação materna primária. *Psychê*, v.4, p.131-143,1999.

AIELLO-VAISBERG, T. M.; GRANANTO, T. M. M. *Ser e fazer:* na clínica winnicottiana da maternidade. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.

COUTO, T. H. A. M.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A mãe, o filho e a síndrome de Down. *Paidéia (Riberão Preto)*. Riberão Preto, v.17. n.37, Aug. 2007.

GALASTRO, E. P.; FONSECA, R. M. G. S. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n.3, set. 2007.

GRANATO, T. M. M. *Encontros Terapêuticos com Gestantes à luz da Preocupação Materna Primária*. 2000. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

GRANATO, T. M. M. *Tecendo a clinica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas.* São Paulo, 2004. 266p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

MESSIAS, T.S.C. *Compreensão psicológica das vivências de pais em Aconselhamento Genético (AG):* um estudo fenomenológico*.* 2006. 216p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.

SETUBAL, M. S. V.; MESSIAS, T. S. C.; MILANEZ, H.; BARINI, R. Interrupção legal em gestações com fetos portadores de patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Reprodução e Climatério*, 18: 41-45.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

TACHIBNA, M. *Rabiscando desenho-estórias:* encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo. Campinas, 2006. 167p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.

TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Desenhos estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde,* 15(1), Jan-Jun 2007, 23-31p.

;

TSU, T. M. J. *Análise de sonhos de gestantes*: um estudo sobre regressão. São Paulo, 1980. 158p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1980.

WINNICOTT, D. W. Preocupação Materna Primária. In: _____*Da Pediatria à Psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

POSTER 56

NARRATIVA DE UM ENCONTRO TERAPÊUTICO EM UM CASO DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS E PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Marcelo Soares da Cruz

Leila Cury Tardivo

Resumo:

A experiência contemporânea nos apresenta um sofrimento marcado pela experiência de vazio, de futilidade, impossibilidade de pessoas sentirem-se vivas e reais, capazes de relacionar-se criativamente com as experiências do mundo. A partir destas considerações acerca do sofrimento contemporâneo, o presente trabalho pretende apresentar a narrativa psicanalítica de um encontro terapêutico que se deu em três sessões com uma jovem de dezenove anos, em um contexto de estágio supervisionado, diagnosticada como dependente química e portadora de transtorno de personalidade *borderline.* Considerações a respeito de algumas relações entre estes quadros psicopatológicos foram elaboradas a fim de contribuir e enriquecer a compreensão destas manifestações clínicas e promover uma aproximação das necessidades expostas pelo sofrimento contido no presente relato de caso.

Palavras chaves: borderline, toxicomania, psicanálise, consulta terapêutica.

Introdução

Atualmente, cada vez mais, o consumo de drogas tem se tornado uma preocupação em nossa sociedade, apesar deste uso acompanhar o homem desde o início de sua história, segundo Araújo (2007). Problemas associados ao uso, as dependências ou toxicomanias, são manifestações descritas muito recentemente em comparação ao tempo desta relação entre o homem e estes produtos. O uso desmedido de drogas ganhou *status* de doença somente na década de 1970 pela psiquiatria. Passou de “defeito” de caráter para uma síndrome numa tentativa de desvinculação da conotação moral presente no olhar médico e leigo anterior a esta nova formulação. Isto acompanha o crescimento do fenômeno na

sociedade e mostra que a relação ancestral passou a pender para a compulsão, em outros tempos pouco relatada.

Possivelmente, diversas manifestações clínicas são intensificadas com a turbulência dos valores e a inconstância de referências do mundo contemporâneo. A conjunção deste contexto com uma constituição psíquica particular podem produzir condições de sofrimento agudas ou crônicas, como no caso da personalidade *borderline*.

Neste trabalho, apresentaremos um encontro terapêutico que se deu em três sessões com uma jovem de dezenove anos, diagnosticada como dependente química e personalidade *borderline*, que aqui chamaremos de Márcia.

Narrativa do acontecer clínico

Márcia[139] foi recebida para consulta terapêutica (Winnicott, 1965; 1971a) em um contexto de estágio supervisionado (TARDIVO, 2008) que teve a duração de três encontros. Na primeira consulta, chegou ressabiada, porém após alguns minutos, passou a falar bastante de sua história e os encontros tiveram duração bastante maior do que o previsto.

Apresentava-se como uma pessoa com bom nível cultural e disse ter passado por vários psicólogos e psiquiatras ao longo de sua vida. Contou ter vivido mais de dez internações psiquiátricas e comentou, em tom de ironia e desesperança, já saber bem como "estas coisas" funcionavam, referindo-se às terapias e tratamentos pelos quais passou. Márcia apresentava-se através de sua doença e parecia que ela e seu diagnóstico psiquiátrico proporcionavam uma frágil sensação de identidade.

Disse não mais esperar melhorar e sair desta condição de instabilidade e sofrimento, mas por outro lado, sentia poder contribuir com a formação do terapeuta ao contar sobre suas vivências. Havia um tom de esperança ao mesmo tempo em que apresentava descrédito em relação a estes encontros. Contou em forma de desabafo que sentia-se mais calma quando percebia que alguém a considerava ou a compreendia.

Após os esclarecimentos acerca do enquadre desta modalidade terapêutica, disse que iria contar sua história e comentou que este encontro não seria difícil, por não haver compromisso de continuidade ou de "terapia".

[139] Nome fictício; caso relatado com autorização

Seu sofrimento mais intenso surgiu aos onze anos quando passou a experimentar impulsividade descontrolada, intenso vazio, sentimentos de rejeição e indiferença das pessoas em relação a ela. Estes eram termos utilizados por Márcia, que demonstrava conhecimento das terminologias da Psicologia e Psiquiatria. Inclusive, pensou em cursar a graduação em Psicologia por acreditar que poderia utilizar sua vasta experiência em tratamentos e instituições de saúde mental para ajudar outras pessoas. Porém, ficou impossibilitada no período do vestibular, ao experimentar intensa depressão, auto-agressões, chegando a cortar-se e necessitar de ajuda recorrente de pronto-socorros.

Alternava de humor sem entender a razão, uma sensação de não saber muito bem quem é, problemas de memória e atenção, terror em imaginar perdas, vazio e solidão intensa que carregava constantemente. Buscava encontrar sentido para tantas experiências, irritava-se por não conseguir aprender com suas vivências e sempre acabava afastando as pessoas com tantas exigências.

Apresentou sua história com a maconha e o *crack*. Comentou ter passado por problemas escolares relacionados ao comportamento. A partir dos doze anos, foi expulsa duas vezes, uma vez por agressão a um colega e outra por ser acusada de traficar maconha. Foi parar numa “escola terapêutica”, único lugar que a aceitou. Iniciou seu consumo já num padrão bastante alto. Usava aproximadamente cinco baseados por dia.

Referiu ter passado a consumir inúmeras vezes por dia (mais de dez baseados) a partir dos quinze anos. Contou não sentir-se bem em nenhum contexto, caso não usasse. Tentou a abstinência por alguns períodos e reconheceu alguns pontos positivos. Apesar destas iniciativas, disse usar maconha para conseguir suportar sua vida. Referiu que experimentava momentos de alegria na intoxicação e abrir mão deste “suporte” seria difícil. Em termos de “custo-benefício”, disse que para ela a interrupção não compensaria. Achava que sem a droga não conseguiria suportar. Sua angústia, o vazio e a falta de sentido que experimentava eram significativamente amenizados, explicou. Dizia não ter esperança de enfrentar o medo de tamanho vazio “limpa”.

Contou que há um ano, passou a fazer uso de crack e cocaína e que o “uso da pedra” lhe causava a sensação de “fim de linha” e que conseguiu interromper o consumo por dois meses até recair e ser internada novamente.

Márcia relatava tudo isto sem deixar espaço para uma conversa, e o terapeuta enquanto ouvia se perguntava do que ela se protegia, sem fazer comentário algum. A paciente contou esperar que as coisas aconteçam “para ontem” e não ter paciência com expectativas de longo prazo ao pensar em seu tratamento. Desejava uma saída definitiva: a descoberta de cirurgias do cérebro era um pensamento constante, e caso não retornasse seria um alívio de qualquer modo.

O terapeuta assustou-se com esta fala de Márcia e perguntou se já havia tentado suicídio. Neste momento, ela surpreendeu-se e respondeu: “Eu já me sinto morta! Eu só quero viver...” e começou a chorar.

Com a voz embargada, falou de sua necessidade de impressionar ou aterrorizar as pessoas com sua história, numa tentativa de sentir-se valorizada ou considerada por, às vezes, ter a sensação de não ser vista ou percebida por ninguém. Disse: “quando sinto que causei algo em alguém sinto-me mais calma, mesmo que seja um sentimento ruim”. Contou que em sua última internação aprendeu que deveria se relacionar sem afeto e que tinha como objetivo retirar dos outros vantagens e, quando questionada pelo terapeuta, respondeu que tinha a impressão de ser usada pelas pessoas e não tinha a sensação de haver encontros “verdadeiros”. Disse que deveria aprender a sobreviver nessa “selva”, onde os mais fortes são os espertos que conseguem usar as pessoas.

O terapeuta ficou muito tocado e invadido, numa vivência contra transferencial, com tamanho sofrimento e crítica acerca de sua condição emocional, mas que não a aliviava. Pelo contrário, era um contato perturbador que provocou no terapeuta preocupação que permaneceu por vários dias após este encontro sob a forma de um questionamento a respeito do que poderia tirá-la de todo este sofrimento.

No último encontro, iniciou falando de suas relações e comunicou não sentir-se de fato vista por seus pais desde a primeira infância. Mencionou perceber que seus interesses, seus namoros, suas queixas eram desvalorizados e reprovados por eles. Contou possuir a sensação de que poderia ser expulsa a qualquer momento das relações que minimamente conseguiu construir, o ódio que esta percepção causou e a vontade frequente de revidar, mesmo que não tenham feito nada contra ela. Disse que tudo o que ela consegue na vida vai embora rapidamente, as amizades, os projetos como cursos, empregos e que tudo isso é exaustivo.

Ao final dos três encontros propostos, Márcia falou que gostaria de continuar a conversar, mas seu pai decidiu mudar-se para o interior numa tentativa de afastá-la das drogas. Despediu-se e perguntou se o terapeuta iria lembrar dela e de sua história. O terapeuta respondeu positivamente, pois pode olhá-la, e ela preceu sentr-se de fato olhada, ouvida e compreendida

Considerações

Encontrar Márcia suscitou várias reflexões e considerações acerca de vivências relacionadas ao uso de drogas e pacientes que carregam o diagnóstico de personalidade *borderline.* A história desta paciente nos oferece a oportunidade de explorarmos algumas relações entre estas manifestações psicopatológicas. Marcia contou ter recebido de vários psiquiatras o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline.*

O que se conhece hoje como transtorno de personalidade *borderline* são manifestações descritas recentemente na literatura, porém, o termo *borderline* é encontrado pela primeira vez, em 1938, introduzido pelo psicanalista Adolf Stern. Este autor utiliza tal terminologia para designar um quadro limítrofe caracterizado por comportamento instável, impulsivo, com períodos de agitação e desespero que são capazes de levar a auto-agressão e tentativas de suicídio, narcisismo, hipersensibilidade desordenada, reações terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade, projeção e dificuldades no teste de realidade. Contudo, esta condição não evolui para um quadro psicótico franco.

Márcia, nestes três encontros, apresentou traços que coincidem com as teorizações e classificações acerca dos pacientes *borderline*. A paciente parecia buscar relacionamentos individuais explosivos, sem que houvesse algum risco de abandono e que acabava sobrecarregando e isolando os outros com suas exigências, caracteristicas apresentada por Gabbard (1998) como traços deste tipo de personalidade.

Este autor aponta que ao se aproximarem de outra pessoa, uma dupla de ansiedades é ativada; por um lado se preocupam com a possibilidade de fundir-se com o outro e perder sua própria identidade nesta primitiva fantasia de fusão. Por outro lado, vivenciam uma ansiedade que beira o pânico, ligada à convicção de que virão a ser rejeitados ou abandonados a qualquer momento. O autor coloca também que percepções “quase delirantes” (p. 298) de abandono por pessoas amadas são frequentes. Márcia mencionou ter

experiências que se aproximam desta descrição, como a perda de identidade e sentido e o intenso medo de rejeição e perda dos outros.

De acordo com Kernberg (1991), o diagnóstico da "organização *borderline* de personalidade" baseia-se em três critérios estruturais; que são: "difusão de identidade", "nível de operações defensivas" e "capacidade de teste de realidade".

O autor define difusão de identidade como a falta de integração do conceito de *self*. A organização defensiva proposta por Kernberg, que no neurótico se centra no recalcamento ou "operações defensivas de alto nível", é baseada, predominantemente em defesas primitivas, principalmente no mecanismo de clivagem. Kernberg (1991) demonstra que a clivagem e outros mecanismos associados têm a função de proteger o ego de conflitos, dissociando experiências contraditórias do *self*.

O autor define clivagem como a divisão do self e de objetos externos em "totalmente bons" e "totalmente maus". Considera que disso resulta uma reversão completa e abrupta de todos os sentimentos e conceitualizações sobre o *self* ou sobre visões a respeito de uma pessoa em particular.

Kernberg considera que no paciente *borderline* a capacidade de reconhecimento da realidade é mantida; o que não ocorre com o psicótico. Define o teste de realidade como capacidade de diferenciação entre eu e não-eu.

Winnicott (1960) é outro autor que se preocupa com a dissociação como sofrimento contemporâneo capaz de lançar a pessoa em angústias impensáveis. Não se sentir vivo e real, capaz da gestualidade espontânea, sem a qual o sentimento de futilidade e a constante submissão rouba da pessoa a possibilidade de expressar-se através de seu verdadeiro *self*. A dissociação é um fenômeno de registro existencial, é da ordem do sentir, da experiência.

Estas considerações nos ajudam a compreender o sofrimento de Márcia que nos conta sentir-se morta e várias de suas manifestações são tentativas de buscar sentir-se viva, real, capaz de relacionar-se com a vida e as pessoas, com sua gestualidade singular. Porém, estas tentativas parecem fracassar. A relação de Márcia com as drogas parece funcionar como mais uma tentativa precária de vivenciar uma integração de *self.*

Podemos pensar que tanto em Márcia como em outros pacientes que encontramos e que fazem um uso abusivo de variadas drogas, a toxicomania pode ser compreendida a partir de um modelo fetichista, de acordo com a perspectiva winnicottianna. Pode assim, ser

vista como uma patologia na área dos fenômenos transicionais (Winnicott, 1971b) no qual o uso estruturante do objeto se perverte.

Segundo Gurfinkel (1995) é a relação com a mãe, um vínculo muito frustrante em período precoce que faz com que o bebê aprenda a satisfazer-se com "seios substitutivos", mas sem elaborar um luto pelo objeto perdido. A droga funciona como este tipo de objeto, pois a intoxicação é uma busca pela recuperação do calor materno perdido, porém esta tentativa fracassa. Aponta que há intensa necessidade e ao mesmo tempo repúdio da dependência do objeto externo real e sua natureza coisificada, ou seja, por sua semelhança com uma atuação perversa de simples descarga, num continente destruído desde o começo que não funciona por muito tempo, com o qual se gera um círculo vicioso.

As idéias deste autor podem contribuir para compreender a experiência de vazio tão relatada por Márcia e a saída através da droga. Neste caso, o elemento a ser destacado é a transformação de um objeto destinado a ser um meio de comunicação em um objeto que expressa a negação da separação. Este último objeto necessita ser hiperinvestido e continuamente reiterado, já que do outro lado da relação se encontra o vazio e a ausência de um objeto vivo e significativo. O olhar precisa ser incessantemente desviado desta ponta vazia da "relação" e enfatizar a ligação em si mesmo. Isto pode se dar para sustentar a negação que defende o sujeito de uma queda no vazio e no que Winnicott (1963) chamou de angústias impensáveis.

Acerca da personalidade do toxicômano, Olivenstein (2003) aponta que a manifestação ou a construção deste quadro reside na equação de diversos fatores: o encontro de um produto (inerte e inanimado em si), de uma personalidade e de um momento sociocultural.

Neste sentido, Olivenstein (2003), importante pensador do universo da drogadicção, apresenta indícios de uma proximidade entre toxicômano e o paciente *borderline*. Na toxicomania não há perda do objeto e desestruturação do eu, mas sim uma partida de ping-pong em perpétuo suspense, rejeição-possessão, e antes de tudo ao lado da mãe, primeiro equivalente do "*high and down"* que ele viverá com a droga. Diz que desde o início a história do futuro toxicômano é arremessada variadamente em qualquer outra parte na estruturação-desestruturação. Ela é lançada e se lança numa sucessão de equilíbrios instáveis, ainda

mais instáveis que no *borderline*, onde o clima e a atmosfera são tão importantes quanto os relatos de causalidade.

A partir do encontro com Márcia, é possível pensarmos que, em seu caso, tanto o fenômeno do uso compulsivo de substâncias com suas diversas implicações quanto a turbulência e a gravidade das atuações no distúrbio *borderline* parecem compartilhar traços comuns. Experiências como vazio, solidão, impulsividade, sentimentos de rejeição, atos com consequências danosas, uma grande angústia de separação e relações de objeto intensamente "adesivas" (seja com uma substância, pessoa ou qualquer outro objeto) ou indiferença e a intensidade do sofrimento embutido na vida desta paciente se mostram presentes nestas duas manifestações clínicas.

Para finalizar, podemos inferir que no caso de pacientes que vivenciam experiências extremas como as apresentadas por Márcia e uso nocivo ou dependência de substâncias, a droga se apresenta como uma busca mal sucedida de alívio para as angústias denominadas por Winnicott de impensáveis.

Referências

ANCONA, A. Transtorno de personalidade borderline. In: *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica*: *baseado no DSM-IV. 2*. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. Cap. 15, p. 296-324.

GURFINKEL, D. *A Pulsão e seu Objeto-Droga*. São Paulo: Vozes, 1995.

KERNBERG, O.F. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Art Med, 1991.

OLIEVENSTEIN, C. Uma interrogação sobre a dependência. In: *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Vol. 1. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

PEREIRA, M. E. C. A Introdução do conceito de "estados-limitrofes" em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre "the borderline group of neuroses". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamenta.*, v.2, n.2, p.153-158, 1999.

TARDIVO, L. S. P. C.; GIL, C. A.; TURNA, J. W. T.; JUNIOR, W. C. O projeto APOIAR nos hospitais psiquiátricos: propostas de ensino, pesquisa e intervenção. In: APOIAR: *Novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008.

WINNICOTT, D. W. (1971a) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1960) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1971b) *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago: 1975.

WINNICOTT, D. W. (1963) O medo do colapso. In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965) O valor da consulta terapêutica. In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

POSTER 57

OFICINAS TERAPÊUTICAS: UMA POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Karina Soares Santos[140]
Telma Maria Duarte Rodrigues [141]

RESUMO

Este artigo demonstra a atuação da psicologia no Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância do ABCD (CRAMI). O trabalho foi desenvolvido a partir do projeto "oficinas terapêuticas", centrado no atendimento de crianças em conjunto com seus familiares e que sofreram certo tipo de violência doméstica. As atividades foram privilegiadas pela construção de objetos ou brinquedos. O estudo deu ênfase à discussão sobre os encaminhamentos após a triagem e avaliação psicológica destas crianças e também, sobre o tempo na lista de espera para iniciar um acompanhamento psicológico. Concluímos a importância desta intervenção, ressaltando a escuta dos sujeitos como dispositivo para resgatar, na singularidade de cada subjetividade, o simbólico da re-ação do sujeito frente a si e com o outro.

Palavras – chaves: oficina terapêutica, crianças, violência doméstica, construir, subjetividade.

[140] Estagiária de psicologia – CRAMI Diadema, em graduação na Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, formada em acompanhamento terapêutico pela UNIFESP – Escola Paulista de Medicina – Centro de Estudo Paulista de Psiquiatra - PROESQ.
[141] Psicóloga, formada desde 2004 pela Universidade Metodista de São Paulo - UMESP. Especialização no curso de psiquiatria e psicoterapia da infância e adolescência no IPPIA, em 2008. Psicóloga do CRAMI– Diadema, desde maio/2008.

Introdução

A oficina terapêutica é uma intervenção clínica construída a partir das necessidades e especificidades dos casos atendidos no Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância do ABCD (CRAMI), relacionados à temática da violência doméstica. A criação desse espaço foi devido à demanda e lista de espera da instituição, o que propiciou à reflexão de novas modalidades de atendimento terapêutico, até então realizado pelo CRAMI.

Mas o que significa oficina terapêutica?

Etimologicamente, a palavra oficina provém do latim *officina* e significa o "*espaço que ocorrem grandes transformações"* (Aurélio, 1999). Para Serra (1996) é entendido como um lugar onde se fabricam coisas, sendo que fabricar provém do latim *fabricare* que corresponde à execução de certo produto, o construir, criar e inventar.

A palavra terapêutica, que provém do grego *therapeutiké,* significa tratar da escolha e aplicação dos meios de curar doenças e da natureza dos remédios. Curar, por sua vez, provém do latim *curarare*, que significa cuidar.

Partindo da premissa das etimologias das palavras "oficina" e "terapêutica", é possível pensar no termo *oficina terapêutica* como um espaço escolhido para cuidar daquele que sofre, no qual podem ocorrer significativas transformações na vida do sujeito, a partir daquilo que "se fabrica", isto é, através das construções e criações desse mesmo sujeito nesse espaço.

A autora Mendonça (2005), em seu artigo sobre as oficinas na saúde mental, relata que a implantação das oficinas terapêuticas na clínica, acontece desde a década de 40, com a psiquiatra de formação jungiana Nilse da Silvera, que aplicou oficinas de pinturas, escultura, música, dança, trabalhos manuais e atividades recreativas para o fortalecimento e expressão do eu, a partir das descobertas do inconsciente. Atualmente, as oficinas são constituídas como novas práticas, principalmente, para a inserção do sujeito no meio social, pois se caracteriza como um espaço de convivência, criação e reinvenção do cotidiano nas instituições.

Desta forma, temos a oficina terapêutica não só como um dispositivo clínico para o acolhimento dos sujeitos, mas como uma construção e produção de um material que possibilita ao sujeito a inscrição subjetiva, constituída a partir do registro de um outro corpo.

> A atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo através da produção de acontecimentos, experiências, ações, objetos; "reinventa" o homem e o mundo. Sob essa perspectiva, as atividades das oficinas em saúde mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais. (...) As oficinas produzem efeitos subjetivos e socializantes por operarem sobre uma superfície material concreta, que permite uma circunscrição do gozo fora do corpo do sujeito (MENDONÇA, 2005).

Assim, além da inserção de um tratamento clínico, o sujeito estará diante de uma atividade coletiva, que pode ocasionar a este um trabalho em equipe, bem como sua reinserção com os laços sociais. Posto isto, é importante salientar a diferença de oficina terapêutica e psicoterapia de grupo. Este segundo é outro dispositivo clínico na prática do CRAMI e consiste em, de acordo com Zimerman, Osório e cols. (1997), prioritariamente à aquisição de insights dos aspectos inconscientes do sujeito e do grupo em sua totalidade, tendo como aspecto principal a obtenção de mudanças caracterológicas.

A psicoterapia de grupo, de acordo com Zimerman (2004), objetiva, também, que o sujeito re-experimente suas antigas experiências emocionais e inter-relacionamentos mal resolvidos no passado, na família e nos demais grupos de convívios, os quais carecem de ressignificações que possibilitem a reconstrução do grupo da família que se apresenta internalizado de forma patogênica dentro de cada um.

A oficina terapêutica não tem como objetivo proporcionar entendimento ao sujeito acerca de seus conflitos. O espaço terapêutico oferecido abstém-se de intervenções interpretativas e o trabalho terapêutico se embasará na mediação dos desejos dos sujeitos. A partir da escuta de cada desejo, compreendemos a oficina terapêutica como um espaço elucidado pelo acolhimento das angústias e conflitos dos sujeitos, propiciando aos mesmos que re-construam em si novas possibilidades de lidar com o sofrimento advindo da violência doméstica.

Ao deparamos com sujeitos que sofrem de um determinado tipo de violência percebe-se que o lugar que o sujeito se coloca é desprovido de proteção, acolhimento, reconhecimento de subjetividades, de vontades e desejos. O sujeito, vítima da violência, adentra nos atendimentos como objetos de desejos do outro, isto é, demonstram-se em posição passiva a este outro que, por muitas vezes, aparece como quem detém o poder na relação. É esse outro quem pode bater e agredir psíquica e sexualmente o sujeito, visto até então como objeto de uso, de prazer, que não possui desejos e, ainda, que pode ser o causador dos problemas e conflitos familiares.

O trabalho com as oficinas terapêuticas consistiu no resgate da subjetividade do sujeito. De acordo com Kehel (s/d), o sujeito deve passar da posição de assujeitado ao desejo do outro para a posição de sujeito desejante, a fim de que se torne capaz de nomear e construir objetos que represente e satisfaça o que outrora fora perdido.

> O desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. (LACAN, 1979)

Assim, no que concernem as oficinas terapêuticas, o trabalho do terapeuta será o de possibilitar ao sujeito um olhar para o seu desejo e a partir daí, resgatar na singularidade de cada subjetividade, o simbólico da re-ação do sujeito com o outro.

Desta forma, as oficinas terapêuticas realizadas no CRAMI tiveram como principais objetivos: proporcionar o atendimento às crianças e adolescentes que aguardam para psicoterapia de grupo, após passarem pela triagem e avaliação psicológica; oferecer um espaço de acolhimento aos sofrimentos das vítimas de violência doméstica junto aos seus familiares; reavaliar a demanda clínica devido ao tempo de espera para atendimento psicoterápico; realizar encaminhamentos pertinentes a outros serviços da rede socioassistencial; reduzir o tempo de espera e atendimentos na instituição; prevenir uma nova vitimização a estes sujeitos.

Descrição metodológica

Os sujeitos participantes destas oficinas foram crianças submetidas à triagem e psicodiagnóstico e que foram encaminhadas à psicoterapia de grupo. Porém, por haver dificuldades de aderência ao tratamento e devido à lista de espera da instituição, estas crianças estavam recebendo o acompanhamento social.

No que se refere à formação de grupos para o trabalho em oficinas terapêuticas, o procedimento adotado foi baseado na faixa etária das crianças e na tipologia da violência doméstica. Assim, foram formados dois grupos de crianças: um do sexo feminino, com faixa etária de oito a nove anos de idade e que sofreram um determinado tipo de violência doméstica e um grupo misto, com faixa etária de quatro a seis anos, também com crianças que padecem de um mesmo tipo de violência doméstica. Ao primeiro grupo denominamos *grupo das crianças maiores* e ao segundo *grupo das crianças menores.*

A priori ao início das oficinas terapêuticas, os familiares ou responsáveis foram chamados para uma entrevista, a fim de que pudéssemos escutá-los e compreender a demanda, possibilitando, a partir daí, a implicação destes no trabalho.

Os encontros aconteceram semanalmente, com duração de 1h30min, durante um período de seis meses de duração.

Além do terapeuta, foi de suma importância a participação de um co-terapêuta que fizeram um trabalho de forma que ambos escutassem e observassem o que era expresso e desejado por cada criança dentro do espaço terapêutico.

Para o grupo de crianças maiores foram disponibilizados materiais, tais como jogos, brinquedos, material gráfico, tintas, livros de história, fantoches, bonecos e miçangas.

No grupo de crianças menores, apenas, não foram disponibilizados miçangas e jogos mais específicos, como xadrez e baralho.

Resultados e discussões

Os primeiros atendimentos em oficina terapêutica, com o grupo das crianças maiores, foram marcados pela observação dos diferentes desejos expressados por cada uma delas. A terapeuta e a co-terapeuta procederam de maneira a compreender, na

expressão desses desejos, a subjetividade de cada criança. Em um primeiro momento, o espaço terapêutico foi demarcado por sessões livres, justamente para uma abertura à expressão das subjetividades. Através de uma escuta e observação sistemática dos discursos, comportamentos e, principalmente, das escolhas pelas brincadeiras das crianças, foi evidenciado, no processo terapêutico, os desejos em comuns dos sujeitos para a criação de uma proposta de construção e produção de algo que representasse, no simbólico, os desejos manifestados.

A posição passiva das crianças também foi outro aspecto relevante nos primeiros atendimentos. Através do brincar as crianças passaram a representar submissões para serem aceitas nos grupos de convívio nos grupos de convívio como família e escola, por exemplo, o que possibilitou o aparecimento de uma posição passiva frente aos relacionamentos interpessoais. Isso apresentou uma maior expressão do cotidiano dos sujeitos, demarcando, enfaticamente, a demanda de cada um.

As crianças desse grupo de oficina terapêutica apresentaram um desejo em comum: brincar de boneca. A expressão desse desejo entre os sujeitos foi primordial para o prosseguimento do trabalho em oficina terapêutica. Foi proposta às crianças a confecção de bonecas, trabalho do qual possibilitou uma maior interação e fortalecimento dos vínculos no grupo.

É importante ressaltar que, no processo de confecção de bonecas, as crianças reconheceram em si possibilidades e maneiras diferenciadas de participarem na construção de suas bonecas, sendo criativas nessa produção, de maneira a reconhecerem a existência de seus desejos, expressados por suas subjetividades.

Após quatro meses de trabalho em oficina terapêutica, prosseguimos o tratamento com apenas uma criança, pois as demais não aderiram devido a questões peculiares. A criança que permaneceu em atendimento se apresentou ativamente nas brincadeiras escolhidas por ela e, através do seu discurso e ação nos atendimentos, pôde reconhecer, cada vez mais, os seus desejos, sem submeter-se aos desejos de outrem e sabendo que tem um lugar.

Foi evidenciado que, em cada encontro, a boneca representou a sua demanda, o que propiciou a construção de um discurso e a passagem para a posição ativa nas novas brincadeiras, escolhas e atuais relações.

Na oficina terapêutica de crianças menores, os primeiros encontros foram marcados por brincadeiras e jogos, escolhidos muitas vezes pelas terapeutas, pois as crianças apresentavam dificuldades de interação e de expressão, demonstrando posição passiva relevante nestes primeiros atendimentos.

Com as brincadeiras, pôde-se perceber que as escolhas sempre recaíam pelo brincar de casinha, o que possibilitou a uma maior interação de cada criança com as terapeutas e um maior discurso demarcando o desejo de cada uma.

Assim, esta oficina terapêutica foi marcada pela construção de uma casa, utilizando como material, isopor, cola, tesoura, tinta, cartolina, revista, palito de sorvete e material de sucata.

Cada criança construiu sua casa individualmente, com a participação das terapeutas. Desta forma, foi percebida a construção do vínculo transferencial com cada terapeuta. Ambas as crianças trouxeram, cada uma, a sua necessidade e demanda de formas diferentes, sem obterem uma interação com o grupo, enfatizando, assim, suas singularidades.

Com este grupo de crianças, não foi possível a realização de um trabalho em equipe, o que evidenciou a necessidade de mais um profissional para dar suporte e acolhimento a todos os sujeitos participantes em questão. Porém cada criança demarcou individualmente o seu re-posicionamento frente a si e ao outro.

Considerações finais

O trabalho com a violência doméstica necessita um olhar amplo no que tange aos dispositivos clínicos para a intervenção terapêutica. Neste sentido, o trabalho com oficinas terapêuticas pôde contribuir sendo mais um dispositivo clínico para a prática de atendimento no CRAMI.

As oficinas terapêuticas propiciaram a criação de um lugar para os sujeitos que, pela demanda, aguardam para atendimento psicoterápico. Um espaço de acolhimento aos sofrimentos dos sujeitos pode contribuir não apenas para que estes se desenvolvam em

nível biopsicossocial, mas também para a reflexão acerca das novas possibilidades de intervenção terapêutica nos casos da violência doméstica.

O espaço da oficina terapêutica possibilita ao sujeito uma nova maneira de se relacionar com as pessoas em seu cotidiano, além de promover autonomia a estes sujeitos.

Através das construções e brincadeiras, o sujeito se inscreve na subjetividade, tanto individualmente como em grupo, o sujeito demarca seu re – posicionamento frente a si e com o outro.

> A brincadeira e o brincar põem em questão a dinâmica do desejo tanto no singular como no coletivo, sendo o corpo e seus 'atos' valores simbólicos desse desejo. (VOLNOVICH, p.68, 1995)

Com estas construções, brincadeiras e (re)-posicionamento, formulamos que a oficina se torna para cada sujeito um lugar constituído por cada um. Cada criança passa de posição de objeto ao outro, para posição de sujeito desejante e de direitos.

Referências

FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999

LACAN, J. Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise. In: O seminário XI, Rio de Janeiro: ZAHAR, 1979. p

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v.25, n.4, p.623-635, 2005. Disponível em: < http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=es&nrm=is> Acesso 30 ago. 2008

SERRA, C. Oficina epistemológica. Diário de um sociólogo. Disponível em <http://oficinadesociologia.blogspot.com/2006/04/oficina-epistemolgica.html> Acesso em 01 ago. 2008

VOLNOVICH, J; HUGUET, C.R. Grupo, infância e subjetividade. Rio de Janeiro: SOBEPI, 1995

ZIMERMAN, D.E. Manual de técnicas psicanalíticas: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004

ZIMERMAN, D.E et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes médicas, 1997

Inscricao Numero: 686

Nome: Karina Soares Santos

Tel.: 1195022468

;

Email: k_karinasantos@hotmail.com

Cidade: São Bernardo do Campo

Estado: SP

Cursando: Psicologia

Semestre: Decimo

Faculdade: Universidade Metodista

POSTER 58

A INCLUSÃO DE ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS A PARTIR DA TEORIA DA MODIFICABILIDADE COGNITIVA ESTRUTURAL DE REUVEN FEUERSTEIN[142]

Ida Janete Rodrigues[143]
Mirleide de Assis Fática[144]

"*Podemos contradizer todo determinismo Genético, porque nada no ser humano está definitivamente escrito*".

Reuven Feuerstein

RESUMO

Há mais de uma década, a Educação Inclusiva vem tomando maiores espaços, principalmente no Brasil. A presente pesquisa aborda como prática de grande importância para a integração dos alunos com necessidades especiais na vida escolar e visa promover um ensino igualitário, trazendo essa clientela, normalmente matriculada em escolas especiais, para a rede pública de ensino. A abordagem da inclusão de alunos com necessidades especiais neste estudo se configura como uma nova proposta social e educacional, vislumbrando uma sociedade mais justa e democrática. Para dar suporte teórico a esta análise, recorreu-se ao referencial sócio-Interacionista, a partir da obra de Reuven Feuerstein, criador da Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural, que preconiza ser todo indivíduo modificável, por ser dotado de uma mente plástica, flexível, aberta a

[142] Monografia aprovada em 2009 para a obtenção do título de Especialista em Educação Especial na Deficiência Auditiva.

[143] Psicóloga e Psicopedagoga. Professora de pós graduação da Universidade Camilo Castelo Branco e Doutoranda do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). E-*mail* : idajanete@hotmail.com

[144] Estudante de Pósgraduação em Educação Especial da Universidade Camilo Castelo Branco

;

mudanças, assim como dotado de um potencial e uma propensão natural para a aprendizagem. Neste contexto, o professor na educação inclusiva assume a figura de mediador, sendo um elo entre seus alunos e o conhecimento, promovendo e facilitando a aprendizagem.

Palavras-Chave: Educação Inclusiva; Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural; Experiência de Aprendizagem Mediada.

INTRODUÇÃO

Este estudo se originou na tentativa de desencadear uma reflexão crítica sobre as ações que promovam o desenvolvimento global do aluno com necessidades educacionais especiais, na perspectiva da educação inclusiva, com reconhecimento da diversidade existente.

A Educação Inclusiva marca o lugar da diferença, ao conviver com limitações humanas mais evidentes ou menos claras. Observando mais de perto a realidade das escolas comuns e especiais, constata-se um horizonte de diversidade com suas imagens, representações e mitos.

É importante notar que para trabalhar a Educação Inclusiva conta-se, na atualidade, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) N. 9.394/96, que propõe e viabiliza novas alternativas para melhoria do ensino nas escolas. Contudo, estas ainda estão longe, na maioria dos casos, de se tornarem inclusivas, isto é, abertas a todos os alunos, indistinta e incondicionalmente

Assim, crianças cujas necessidades têm origem na deficiência ou em dificuldades cognitivas, são considerados portadores de necessidades educacionais especiais e devem ser incluídas em programa educacionais previstos para todos os educandos, mesmo aqueles que apresentam desvantagem severa.

A escola inclusiva (*escola que deve acomodar todas as crianças independentemente de suas condições intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas e outras - Salamanca - 1994*) deve promover uma educação de alta qualidade a todos os educandos, modificando atitudes discriminatórias, criando comunidades acolhedoras e desenvolvendo uma sociedade inclusiva. Deve ser adaptada às necessidades dos alunos, respeitando-se o ritmo e os processos de aprendizagem.

Reconhecendo a necessidade dessa mudança significativa, propõe-se nessa oportunidade desencadear uma reflexão escrita sobre a educação inclusiva, apresentando a Teoria de Reuven Feuerstein aplicada a prática educativa, a fim de proporcionar um embasamento teórico-prático para os profissionais da educação ligados ao ensino de alunos com necessidades especiais.

AS DEFICIÊNCIAS E AS NECESSIDADES ESPECIAIS

A princípio torna-se necessário esclarecer que o número de indivíduos portadores de necessidades especiais é apontado como grande e crescente. Para se ter uma idéia da dimensão desse fenômeno populacional, a Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população de um país é portadora de algum tipo de deficiência. Assim, no Brasil, teríamos, portanto, aproximadamente, 18 milhões de pessoas nesta condição. Entretanto dados recentes mostram números ainda maiores.

Os resultados obtidos pela Tabulação Avançada do Censo Demográfico do ano de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam que aproximadamente 24,5 milhões de pessoas, ou 14,5% da população geral, apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência (IBGE, 2005). Considerando-se que uma família brasileira média é composta de três ou quatro pessoas, teríamos entre 60 e 75 milhões de pessoas envolvidas com os portadores de necessidades especiais.

São considerados portadores de necessidades especiais àqueles indivíduos que enfrentam algum tipo de deficiência, como, por exemplo, física, mental, visual, auditiva, múltipla, transtornos globais do desenvolvimento e outras que por suas condições atípicas de danos ou patologias enfrentam limitações no desempenho de suas atividades e restrições na sua plena participação em função de estruturas sociais que não contemplam a diversidade humana.

O Ministério da Educação (MEC) define como sendo alunos da Educação Especial: “aquele que por apresentar necessidades próprias e diferentes dos demais alunos no domínio das aprendizagens curriculares correspondentes a sua idade, requer recursos pedagógicos e metodologias educacionais específicas.

Genericamente chamados de portadores de necessidades educativas especiais, classificam-se em: portadores de deficiências (mentais, visuais,auditivas, físicas e múltiplas), portadores de condutas típicas (problemas de conduta) e portadores de altas habilidades (superdotados).

Segundo Silva (2002:6), o portador de deficiência mental possui certa dificuldade de aprendizagem que na grande maioria dos casos são dificuldades generalizadas, que afetam todas as capacidades: linguagem, autonomia, motricidade e integração social. Estas podem se manifestar em maiores ou menores graus.

Oliveira (2004) entende que o termo “deficiente” embora obsoleto, refere-se ao indivíduo que, de alguma forma e por alguma razão, foge dos padrões de normalidade impostos pela sociedade, mas que, assim como outro ser no mundo, constitui-se como ser biopsicossocial, complexo e multi determinado.

Ressalta ainda, não ser propriamente o termo empregado para designar a deficiência ou a pessoa deficiente, que é obsoleto ou preconceituoso, e sim as *práticas sociais* que ao longo do tempo determinam o emprego de tal terminologia e o tratamento destinado a tais indivíduos.

Ferreira e Batomé (1984) se referindo às crianças portadoras de necessidades especiais entendem que são pessoas como todos os outros seres humanos. Os autores destacam que o grande problema é que são colocados defeitos e reconhecida a incapacidade de fazer alguma coisa simplesmente por eles serem portadores de algum tipo de deficiência.

A diversidade humana é muito ampla. Mesmo assim, existem pessoas que ainda não compreenderam, muito bem, as diferenças e as deficiências que todos possuem, gerando estigmas, preconceitos e impondo rotulações como é o caso das pessoas portadoras de necessidades educativas especiais.

Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural de Reuven Feurstein

Romeno, nascido em 1921 na cidade de Botosan e residente em Israel desde 1944, Reuven Feuerstein foi o quinto de oito filhos de uma família judia, onde a mediação sempre esteve presente por intermédio de conversas entre os irmãos e a mãe, quando contavam, uns aos outros, o que aprenderam e leram durante a semana, reconstruindo assim as experiências vividas. Segundo Méier e Garcia (2007:25) “Ficavam todos sentados à mesa da cozinha, conversando, e essas conversas eram mediadas pela mãe, tal fato lhes dava condições de acesso significado de suas experiências”.

Além das conversas familiares, as mediações eram realizadas pela leitura de textos sacros e livros de preces permeadas por comentários e legendas, assim como pelo clima social da comunidade de origem, em que a atmosfera era rica de sentidos e significados.

Sua vida acadêmica se iniciou precocemente. por ter começado a ler com três anos de idade e já aos sete anos ajudar os que tinham dificuldade para ler ou compreender a língua escrita. Em Bucareste, estudou Psicologia e Pedagogia. Algum tempo depois, prestou exames de licenciatura em Jerusalém.

Estudou, também, em Genebra, Suíça (nesse tempo trabalhou com André Rey e Piaget), e na Universidade de Sorbonne, Paris. Foi no ano de 1952 que completou seus estudos, com o diploma em Psicologia Geral e Clínica, em Genebra, e, em 1970, com o Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento na Universidade de Sorbonne, Paris.

As principais áreas de estudo exploradas foram a Psicologia do Desenvolvimento, Clínica e Cognitiva. Desde 1964, assume o cargo de Diretor do Instituto de Pesquisas Hadassah-WizoCanada, em Jerusalém que passou a ser o Centro Internacional para o Desenvolvimento do potencial de Aprendizagem. Também tem lecionado em diferentes universidades na condição de professor convidado.

A partir de 1970, atuou como Professor Titular da Universidade Bar Ilan, em Rarnat Gan, Israel, e Professor Adjunto da Universidade de Vanderbilt, em Nashville, USA. Atualmente, reside em Jerusalém, Israel sendo reconhecido mundialmente pelo método desenvolvido para o trabalho com crianças deficientes.

Em virtude de ter sido influenciado tanto por Piaget quanto por Vygotsky, Reuven Feuerstein Feuerstein interpreta o desenvolvimento cognitivo como decorrente de duas formas de interação das crianças com seu meio:por um lado, ela aprende e se desenvolve por meio da percepção, assimilação e processamento direto dos estímulos existentes ao seu

redor; por outro lado, aprende através da mediação cognitiva das pessoas. Contudo, acabou se diferenciando destes teóricos, porque além de formular uma teoria acerca da inteligência e do desenvolvimento humano, criou programas e técnicas para operacionalizá-la.

Em sua teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural parte do pressuposto básico de que o organismo, ou melhor, o sistema cognitivo dos indivíduos é aberto e, portanto, passível de modificações ou transformações. Assim, apresenta uma percepção otimista do ser humano, afirmando que o sujeito é modificável e acredita na plasticidade do cérebro humano, em razão deste ser o único órgão do corpo humano que não envelhece, ao contrário, quanto mais requisitado for, mais eficiente se torna. Desse modo, atribui-se a plasticidade a produção da modificabilidade, ocorrendo em uma parte e afetando todo o organismo. Esta modificabilidade independe da idade.

Este interacionista desenvolveu, há mais de quarenta anos, proposta de intervenção cognitiva destinada a pessoas com dificuldades de aprendizagem e consideradas na época, como inaptas para aprender. Sua metodologia de trabalho é reconhecida e utilizada em vários países, inclusive no Brasil, onde há um processo gradativo de expansão e aplicação por parte de profissionais da educação e de áreas afins.

Além dos fundamentos teóricos, apresenta uma metodologia que se caracteriza por exercícios mentais considerados como dispositivos do processo de pensar. Sua proposta é definida como um programa de intervenção cognitiva, que apresenta significativo diferencial, por estar direcionada à estrutura mental do aluno dando ênfase à capacidade de modificabilidade do ser humano, mediante a interferência do mediador.

Segundo Souza (2004), os aspectos cognitivo e afetivo da aprendizagem para Feuerstein qualificam a modificabilidade como cognitiva, não ignorando, porém, os aspectos afetivos, emocionais e motivacionais do comportamento humano. Para ele as dimensões cognitiva e afetiva fazem parte de um mesmo contexto: a primeira corresponde aos elementos estruturais que explicam como uma pessoa aprende, a segunda expressa o fator energético do ato de aprender.

A idéia principal da teoria preconiza que todo ser humano é modificável, por ser dotado de uma mente plástica, flexível, aberta a mudanças, assim como dotado de um potencial e uma propensão natural para a aprendizagem.

Durante as suas pesquisas este teórico adaptou e organizou uma série de

instrumentos que possibilitaram a formulação da Avaliação Dinâmica do Potencial de Aprendizagem da criança (LPAD), e outra série que oferece suporte psicopedagógico para o desenvolvimento do potencial de cada sujeito:

Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). O elemento fundamental que possibilita a aplicação desses instrumentos é o que Feuerstein denominou Mediação e se concretiza nas Experiências de Aprendizagem Mediada.

A modificabilidade se manifesta, em graus variados, de acordo com as experiências vivenciadas e do meio em que vive, assim como de suas condições físicas e biológicas.

PARA ALCANÇÁ-LA, REUVEN FEUERSTEIN ORGANIZA UMA LISTA DE FUNÇÕES COGNITIVAS QUE PODEM SE MANIFESTAR DE FORMA DEFICIENTE DURANTE AS FASES DE INÍCIO, ELABORAÇÃO E/OU TÉRMINO DO “ATO MENTAL” REALIZADO PELO SUJEITO. TAIS FUNÇÕES SERVEM COMO PONTO DE REFERÊNCIA PARA A OBSERVAÇÃO E PLANEJAMENTO DE UMA INTERVENÇÃO MEDIADORA. A IDENTIFICAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS DEFICIENTES, O GRAU DE SUA MODIFICABILIDADE E A MEDIAÇÃO NECESSÁRIA PARA MODIFICÁ-LAS SÃO CONSIDERADAS IMPRESCINDÍVEIS PARA A PRESCRIÇÃO DA APRENDIZAGEM FUTURA.

As funções cognitivas são uma parte fundamental do modelo conceptual que compõe a base, tanto para a Avaliação Dinâmica do Potencial de Aprendizagem (LPAD) como para o programa de intervenção (Programa de Enriquecimento Instrumental).

Segundo Méier e Garcia (2007) Reuven Feuerstein acredita que os processos do pensamento lógico, de aprendizagem e da resolução de problemas têm como suporte uma série de funções cognitivas.

A Modificabilidade Cognitiva Estrutural encontra-se relacionada à autonomia do sujeito proporcionada pelas aprendizagens superiores desenvolvidas, como percepção, retenção, atenção, concentração, memorização, pensamento, que faz com que as pessoas com história de deficiência digam “não” a limitação do ambiente em que estão inseridas.

As funções cognitivas são consideradas como elementos básicos da inteligência e constituem o suporte do ato mental. A aquisição de funções e processos cognitivos auxilia

na interiorização da informação, além de permitir a auto-regulação do organismo, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de utilização das experiências anteriores para adaptação e resolução de novas situações.

Segundo Da Ros (2002), a proposta pedagógica de Reuven Feuerstein pressupõe um trabalho de construção por meio da interação e a disposição à transformação que pode ocorrer no sujeito. A mudança ocorrida se traduz em algo que se define e redefine constantemente, considerando o sujeito em relação à sociedade como dinâmico e interativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo procurou-se contribuir com apontamentos que permitam reconhecer e valorizar a construção do conhecimento das crianças com necessidades especiais na rede regular de ensino.

É importante registrar que longe de esgotar o assunto, este trabalho tem como pretensão despertar o interesse de outros estudiosos da área de ciências humanas, para que sejam realizadas mais pesquisas a respeito da Educação Inclusiva.

Se por um lado fica evidente no presente estudo a preocupação social com a evolução educacional de inclusão, também fica claro, considerando a realidade das escolas brasileiras, que a mesma encontra-se distante da sua efetiva aplicação. Contudo, caminha-se em direção a uma educação igualitária voltada para a formação de cidadãos conscientes e atuantes na sociedade em que vivem. Por que a Educação Inclusiva não é só um dever do Estado, e sim uma questão de respeito ao direito à educação dos alunos especiais na rede de ensino.

Chega-se ao final deste estudo com a certeza de que a Educação Inclusiva constitui um desafio a ser enfrentado pelo professor que se propõe seguir os preceitos da Teoria da Experiência de Aprendizagem Mediada, formulada por Reuven Feuerstein, através da estratégia “Experiência da Aprendizagem Mediada”.

Essa certeza vem da constatação que por meio de uma educação inclusiva o professor proporciona ricas experiências de aprendizagem aos alunos, tendo como fundamento a mudança de postura.

Enfoca a passagem de uma visão tradicional, onde era o centro da atenção, para uma visão centrada em novos paradigmas, em descobertas, passando a ser um mediador, como propõe Feuerstein, no processo de aprendizagem.

Neste contexto, rejeita-se plenamente a concepção de que o indivíduo nasce com uma certa inteligência que permanece fixa pelo resto de sua vida. Ao contrário, entende-se que todo ser humano possui potencial à mudança que são modificáveis, sendo, porém, necessário um modo correto de interação, isto é, a mediação, para que o sujeito desenvolva sua inteligência, seu potencial.

Na Experiência da Aprendizagem Mediada o mediador desempenha papel fundamental na transmissão, seleção e organização de estímulos.

Portanto, o professor para promover a aprendizagem tem que ser um bom mediador, possibilitando ao aluno percorrer caminhos que não percorria sozinho, conduzindo-o à conquista da autonomia, incentivando-lhe a curiosidade e a criatividade, oferecendo elementos desafiadores e sistematizadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAMR, American Association of Mental Retardation. Deficiência Mental: Definição, Diagnóstico, Classificação. 2006. Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br>. Acesso em Novembro de 2008.

BRASIL, Secretaria de Educação Especial. O Processo de Integração Escolar dos Alunos Portadores de Necessidades Educativas Especiais no Sistema Educacional Brasileiro. Brasília: MEC/SEESP - Série Diretrizes, 1995.

_____, Lei N. 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, 1996.

DA ROS, S.Z. Pedagogia e Mediação em Reuven Feuerstein: o processo de mudança em adultos com história de deficiência. São Paulo: Plexus, 2002.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Declaração de Salamanca e Linhas de Ação Sobre Necessidades Educativas Especiais. Brasília: CORDE, 1994.

FERREIRA, M.R.; BATOMÉ, S.P. Deficiência Física Inserção Social: a formação dos recursos humanos. Caxias do Sul: Editora Universidade de Caxias do Sul, 1984.

MEIER, M.; GARCIA, S. Mediação da Aprendizagem: contribuições de Feuerstein e de Vygotsky. Curitiba: Edição do Autor, 2007.

OLIVEIRA, R.G. *et al.* A experiência de famílias no convívio com a criança surda. Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 26, n. 1, p. 183-191, 2004.

SOUZA, A.M.M.; DEPRESBITERIS, L.; MACHADO, O.T.M. A Mediação Como Princípio Educacional: bases teóricas das abordagens de Reuven Feuerstein. São Paulo: SENAC, 2004.

SILVA, R.N.A. A Educação Especial da Criança com Síndrome de Down. 2002.

Inscricao Numero:
Nome: Ida Janete Rodrigues
Tel.: 11 9933 8587
Email: idajanete@hotmail.com
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: doutorado
Semestre: Nono
Faculdade: Universidade de São Paulo
Graduado na: Guarulhos
Graduou-se em: 1993
Onde Trabalha ou atua: Unicastelo

POSTER 59

O INCONSCIENTE NAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM[145]

Ida Janete Rodrigues
Amanda Marques Mafra[146]

Não somos apenas o que pensamos ser, somos mais, somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos, somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos os impulsos a que cedemos, "sem querer".

Sigmund Freud

RESUMO

O presente trabalho apresenta um recorte da monografia de conclusão de curso de Psicopedagogia de um dos autores, intitulada “O Inconsciente nas Dificuldades de Aprendizagem.” Visa melhor interpretar, diagnosticar e esclarecer problemas de aprendizagem de origem emocional e afetiva, considerando os fatores emocionais e psicológicos que podem prejudicar a aprendizagem, tais como a família e as relações sociais. As memórias reprimidas que inconscientemente influenciam e marcam a história de vida, interferindo na aprendizagem de modo que o aprendiz que não consegue aprender fique com a auto-estima baixa e transforme a aprendizagem em algo quase impossível de ser realizada. A família, a escola, profissionais e ações adequadas são necessárias para que se previna e também se mude este quadro.

PALAVRAS-CHAVE: dificuldades de aprendizagem, inconsciente, emocional e afetivo.

[145] Monografia aprovada em 2009 para a obtenção do título de Especialista em Psicopegagogia

[146] Estudante de Pósgraduação em Psicopedagogia da Universidade Camilo Castelo Branco

AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E OS FATORES EMOCIONAIS

De acordo com o National Center for Learnig Disabilities (Comitê Nacional de Dificuldades de Aprendizagem 2004, apud Polity, 2004 p.84): “A Dificuldade de Aprendizagem é um termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades na aquisição e no uso da audição, da fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas”.

Segundo Wikipédia (a enciclopédia livre da internet), as dificuldades de aprendizagem são decorrentes de aspectos naturais ou secundários, e são passíveis de mudanças através de recursos de adequação ambiental. As dificuldades de aprendizagem decorrentes de aspectos secundários são decorrentes de alterações estruturais, mentais, *emocionais* ou neurológicas, que repercutem nos processos de aquisição, construção e desenvolvimento das funções cognitivas.

Pesquisas realizadas por Polity (2004, p.84), apontam que existem diversas maneiras para se definir o fenômeno. O que varia é a origem, apontada como responsável pelo sintoma. É importante perceber a dificuldade de aprendizagem como um fenômeno complexo, que deve ser considerado com base na integração de diferentes níveis e perspectivas de análise, obtendo então as dificuldades de aprendizagem de origem orgânica, de origem intelectual/ cognitiva e de origem emocional incluindo-se a familiar/relacional, em que é possível perceber o entrelaçamento desses fatores.

Conforme o tempo passa, mais é comentado o fracasso escolar, ou melhor, o fracasso das crianças em fase escolar. São pais e educadores preocupados com a situação, em busca de conhecimentos e em como fazer para mudá-la.

No entanto, antes de sugerir a causa específica da dificuldade torna-se indispensável conhecer as mais diferentes razões, manifestações e o nível de cada uma.

O termo dificuldades de aprendizagem é muito amplo, afinal todas as pessoas possuem dificuldades em aprender determinadas coisas, mas nem sempre a dificuldade é

superada, em alguns casos, permanece de modo a atrapalhar e interferir negativamente no aprendiz.

É comum ouvir que a dificuldade emocional é uma desculpa de alguns profissionais para se justificarem estes fracassos, ou então, de que é uma nova forma de se ganhar dinheiro (isto se diz para os terapeutas, psicólogos, psicopedagogos) até porque, se o problema é de origem emocional, a família teve suas contribuições para a causa do problema. Por isso é complicado à família aceitar os motivos e as causas e, desse modo, infelizmente, nem sempre os tratamentos são levados a sério como deveriam.

O fato é que ainda existe preconceito da sociedade em aceitar que pessoas “normais” também precisem e devam buscar este tipo de ajuda. Para alguns pais, ao serem cogitadas as possibilidades de se procurar um auxílio com estes profissionais, costumam dizer: “Meu filho (a) não é louco, porque devo procurar um profissional desta área?”. Ou então dizem: Meu filho (a) tem de tudo por qual motivo estaria com dificuldades de aprendizagem, ainda mais de origem emocional?

> A origem do problema de aprendizagem não se encontra na estrutura individual. O sintoma se ancora em uma rede particular de vínculos familiares, que se entrecruzam com uma também particular estrutura individual. A criança suporta a dificuldade, porém, necessária e dialeticamente, os outros dão sentido.
> (FERNÁNDEZ, p. 30 - 31).

Quando se fala em emocional, traumas de infância relacionados à aprendizagem não necessariamente são apenas de origem familiar, podem ser devido à vida social, a escola e/ou aos três juntos.

> Pretendo fazer um recorte dentro da ampla questão da aprendizagem humana, dos aspectos que conduzem ao fracasso escolar e podem ser detectados através do diagnóstico psicopedagógico. A não-aprendizagem na escola é uma das causas do fracasso escolar, mas a questão é, em si, bem mais ampla. Não pretendo ser acrítica, mas o

> âmbito do trabalho não comporta um aprofundamento exaustivo; a proposta é partir de uma visão abrangente para chegar, de um modo mais objetivo, mais contextualizado, a uma resposta para a queixa escolar.
> Considera-se fracasso escolar uma resposta insuficiente do aluno a uma exigência ou demanda da escola. Essa questão pode ser analisada e estudada por diferentes perspectivas: a da sociedade, a da escola e a do aluno.
> (WEISS, 2006 p.13 e 14).

As dificuldades de origem emocional podem ser observadas em sala de aula, em casa e ou em terapias. Geralmente, neste tipo de dificuldades observa-se que a criança não se empenha e não possui interesse em qualquer que seja o conteúdo, desvia a própria atenção a todo momento, quando é perguntado algo a ela, ou não sabe responder, e, se responde, nem sempre a resposta é coerente com a pergunta.

Os primeiros sintomas de que algo não está indo bem são percebidos na escola, às vezes até mesmo pela família, mas nem sempre é dada a importância que se deveria para estes sintomas, que podem acabar se agravando. Portanto a união da escola com a família é fundamental para se detectar e procurar o tratamento adequado.

> Aspectos emocionais estariam ligados ao desenvolvimento afetivo e sua relação com a construção do conhecimento e a expressão deste através da produção escolar. Remete aos aspectos inconscientes envolvidos no aprender.
> O não - aprender pode, por exemplo expressar uma dificuldade na relação da criança com a família; será o sintoma de que algo vai mal nessa dinâmica. Na prática, pode exprimir-se por uma rejeição ao conhecimento escolar, em trocas, omissões e distorções na leitura ou na escrita, não conseguir calcular em geral, não conseguir fazer uma divisão etc.
> (WEISS, 2006 p. 22).

Saber ouvir e observar são de fundamental importância para entender e procurar saber os motivos pelos quais a criança está com dificuldades, tendo também cuidado para relacionar corretamente os sintomas com as causas.

Procurar entender e se preocupar já dão início para buscar sanar as dificuldades de aprendizagem. Porém o auxílio de um profissional especializado sempre deverá ser levado em consideração, uma vez que ele saberá melhor identificar, tratar e orientar pais e professores em como tratar a criança defasada.

> Reconhecer quando uma criança ou jovem apresenta uma dificuldade de aprendizagem já é um primeiro passo para não rotulá-la de lenta ou preguiçosa. Esses rótulos exercem um efeito negativo sobre as competências que estão preservadas, uma vez que abalam sobremaneira a auto-estima do sujeito. O simples fato de reconhecer que existe capacidade e que algo pode ser feito já é de grande utilidade. Quando pais e escola conseguem oferecer diagnóstico e ajuda adequados, muitas crianças demonstram melhora acentuada e observa-se uma sensível redução de conflitos emocionais resultantes do contínuo fracasso.
> (POLITY 2004, p.85)

A dificuldade de aprendizagem causada pelas emoções e afetividades muito tem a ver com a história de vida da criança, com a relação familiar e escolar. Em algum momento pode ter ocorrido algo que ficou guardado (marcado) no inconsciente e que teve como conseqüência a defasagem cognitiva no ambiente escolar.

Conforme Polity (2004 p.89), é preciso considerar os efeitos emocionais que essas dificuldades acarretam e, se o rendimento escolar for sofrível, a criança talvez seja vista como um fracasso pelos professores, colegas e até pela própria família, e com isto muitas dessas crianças desenvolvem uma auto-estima negativa, agravando a situação que poderia ser evitada pela família e também pela escola.

A auto-estima negativa descrita pela autora é muito comum em crianças e adultos, e se forma através do que é dito a respeito destas pessoas e do que pensa sobre elas. É muito ruim, pois se acredita no que é dito e então se começa a se achar inferior e incapaz de aprender.

O aprender e/ou saber demais pode significar saber sobre certas coisas que é melhor não saber e que, inconscientemente, o indivíduo passa a ter medo de aprender, e este medo inconsciente traz mais e mais fracassos.

O INCONSCIENTE E AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Definir, entender ou procurar entender o significado da palavra inconsciente pode até ser uma tarefa simples. A palavra *consciente* significa o estado da consciência, ou seja, têm ciência, possui conhecimento do que faz, do que sente, do que deseja e assim por diante. Ao se pensar em inconsciente, logo se associará ao o oposto de consciente, que seria: não sabe, não possui conhecimento, mas não é bem assim. No decorrer do texto, a definição de inconsciente trará novas definições, ou melhor, novos conhecimentos sobre esta "parte" do ser humano e, portanto, de suas ações.

Determinadas manifestações inconscientes podem trazer diversos problemas e o medo é um deles. E, por isso, se faz necessário compreender o que é o inconsciente (que faz parte de todas as pessoas), de que forma ele age e se manifesta, e qual a sua contribuição no comportamento de um modo geral, e mais precisamente na aprendizagem no decorrer da vida do ser humano.

> Estar consciente é, em primeiro lugar, um termo puramente descritivo, que repousa na percepção do caráter mais imediato e certo. A experiência demonstra que um elemento psíquico (uma idéia, por exemplo) não é, via de regra, consciente por um período de tempo prolongado. Pelo contrário, um estado de consciência é, caracteristicamente, muito transitório; uma idéia que é consciente agora não o é mais um momento depois, embora assim possa tornar-se novamente, em certas condições que são facilmente ocasionadas. No intervalo, a idéia foi... Não sabemos o quê. Podemos dizer que esteve latente, e, por isso, queremos dizer que era capaz de tornar-se consciente a qualquer momento. Ora, se dissermos que era inconsciente, estaremos também dando uma descrição correta dela. Aqui 'inconsciente' coincide com 'latente e capaz de tornar-se consciente'.
> (FREUD, 1923-1925, p. 27 -28)

O estado inconsciente é representado por imagens, ou seja, quando algo de ruim acontece, o inconsciente guarda a imagem do acontecido e esta imagem é que dará “forças” para a ação do inconsciente e talvez seja por isso que exista aquele dito popular que diz: uma imagem vale mais do que mil palavras. Até porque, as palavras nem sempre são verdadeiras, pode-se dizer o contrário do que se pensa sobre algo ou alguém, porém os gestos, as caras (imagens) poderão denunciar o verdadeiro sentimento.

Segundo Telles (2003, p.21): “[...] a palavra é a linguagem do mundo consciente e a imagem a linguagem do mundo inconsciente, embora as duas formas de comunicação estejam indissoluvelmente ligadas”.

Outra forma de manifestação do inconsciente é através do sonho. Durante o sonho, muitas vezes ocorrem ações que o indivíduo fez e se arrependeu, e as imagens aparecem modificadas, porém causando as mesmas sensações, ou também, aparecem imagens do que o indivíduo gostaria que acontecesse.

> Abordando o inconsciente, voluntária ou involuntariamente – O inconsciente manifesta-se por meio de linguagem simbólica. Não é somente por um comportamento involuntário ou compulsivo que sentimos o inconsciente. Ele dispõe de dois caminhos naturais para estabelecer uma ligação e conversar com a mente consciente: um deles é o sonho; o outro, a imaginação. Ambos são canais de comunicação altamente sensíveis que a psique desenvolveu para que os níveis consciente e inconsciente possam conversar entre si e trabalhar em conjunto.
> (RODRIGUES, 2008)

Lima (2001, p.24) afirma que: “É uma das grandes descobertas de Freud: a existência do inconsciente, que representa a força de nossos desejos, realizados ou insatisfeitos – pouco importa -, e que nos move o tempo todo”.

De acordo com Freud (1914-1916), todo ser humano possui um instinto ou estímulo mental, e quando este instinto não prevalece é porque foi reprimido. A repressão é uma forma de não se deixar levar pelo estímulo, tornando-o inoperante. Portanto, o impulso passa para o estado de repressão que fica entre a fuga e a condenação, ou seja, ou foge-se

do instinto, ou se o realiza condena-se. A essência da repressão é afastar determinada coisa do consciente de modo que permaneça inconsciente.

A personalidade do ser humano contribui muito em suas escolhas, em seu modo de ser e agir sobre tudo e todos. O inconsciente possui uma ligação forte no desenvolvimento e na formação da personalidade. Certos acontecimentos ocultos marcam a história e o modo de ser das pessoas. A angústia seria um dos principais motivadores das defesas do ego, que aparece com os mais variados sintomas.

Almeida (1996 p.20) esclarece: “Fique claro que as defesas são sempre inconscientes [...]”.

Relatar as influências do inconsciente com a aprendizagem, nada mais é do que considerar os aspectos emocionais e afetivos da criança e/ou adulto como agentes das dificuldades de aprendizagem. E para considerar os aspectos emocionais e afetivos, é necessário conhecer um pouco da história de vida familiar e social, uma vez que estes aspectos são formados pela convivência familiar e social do indivíduo.

Tudo o que se é, o que se faz, e o que se espera é marcado pela infância, ou seja, o que acontece nesta fase é repercutido na vida adulta. Mas é ainda na infância que começam as manifestações.

> Ninguém contesta o fato de que as experiências dos primeiros anos de nossa infância deixam traços inerradicáveis nas profundezas de nossa mente. Entretanto ao procurarmos averiguar em nossa memória quais as impressões que se destinaram a influenciar-nos até o fim da vida, o resultado é, ou absolutamente nada, ou um número relativamente pequeno de recordações isoladas, que são freqüentemente de importância duvidosa ou enigmática. É somente a partir do sexto ou sétimo ano – em muitos casos, só depois dos dez anos – que nossa vida pode ser reproduzida na memória como uma cadeia concatenada de eventos.
> (FREUD 1899, p.271)

A influência que o inconsciente possui com a aprendizagem tem diversas origens, manifestações e reações. O inconsciente é responsável em guardar memórias reprimidas, e estas memórias reprimidas aparecem de diferentes maneiras, afetando a aprendizagem.

Além destas memórias reprimidas deve-se considerar alguns aspectos de suma importância para um aprendizado significativo e que influem inconscientemente.

Como fator influenciante, a família é de fundamental importância, uma vez que a maioria das experiências vivenciadas pela criança é concentram-se no meio familiar, porém não deve descartar-se também os outros ambientes de convivência da criança (escola, sociedade etc.).

A relação da família com a criança é iniciada antes mesmo do nascimento. Considerar se a criança foi planejada, em quais condições e por qual motivo é de fato importante, afinal é o início de uma vida que será marcada por tudo o que acontecer nesta fase.

Ao nascer, além dos cuidados básicos de higiene e alimentação, o afeto, a forma como a criança é tratada, fazem parte de um desenvolvimento saudável.

Grande parte das crianças que possuem dificuldades de aprendizagem tem um ambiente familiar marcado por uma série de conflitos, falta de afeto, de se sentir amada e cuidada, falta de atenção, exploração, separação dos pais, às vezes ou, muitas vezes agressão emocional e corporal.

CONCLUSÃO

O processo de aprendizagem, para que ocorra de maneira eficaz, é mais ou menos parecido com um carro. É preciso que tudo esteja bem, que nenhuma peça esteja fora do lugar.

No caso do carro, precisa-se fazer revisão, abastecer com combustível e água. Já na criança e nos seres humanos em geral, é preciso abastecê-los de amor, carinho, atenção, compreensão, modelos e palavras positivas, educação e muitas vezes também é preciso puxar o freio de mão, quando o freio do pé não funcionar, pois ensinar, educar e criar filhos não significa aceitar tudo o que a

criança faz. Educar também é estabelecer limites, ser paciente e conversar sempre, nunca cansar de mostrar o que é certo e largar mão quando se faz o errado.

Um carro bem cuidado, limpo e que nunca foi batido, é muito mais vistoso e parece até que funciona melhor, assim como a criança que é bem cuidada e não sofre violência.

As memórias reprimidas inconscientemente influenciam e marcam a história de vida, interferindo na aprendizagem, de modo que o aprendiz que não consegue aprender fique com a auto-estima baixa e transforme a aprendizagem em algo quase impossível de se atingir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Wilson Castello. Defesas do Ego: Leitura didática de seus mecanismos. 2ª edição. SP: Ágora, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

FERNÁNDEZ, Alicia. A Inteligência Aprisionada: Abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. Porto Alegre: Artmed, 1991.

FREUD, Sigmund. Primeiras Publicações Psicanalíticas vI. 3ª edição. RJ: Imago, 1990.

LIMA, Luiz T. O. Freud. SP: Publifolha, 2001.

POLITY, Elizabeth e cols. Psicopedagogia: Um enfoque sistêmico. 1ª edição. SP: Vetor, 2004.

RODRIGUES, Carmelita. Despertando para o Inconsciente. 2008. São Paulo, www.psicopauta.wordpress.com. Acesso em 19 de Nov. 2008.

TELLES, Isabel. Feche os Olhos e Veja. 3ª edição. SP: Ágora, 2003.

WEISS, Maria L. L. Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar. 11ª edição. RJ: DP&A, 2006.

Inscricao Numero:
Nome: Ida Janete Rodrigues
RG: 81361087
Tel.: 11 9933 8587
Email: idajanete@hotmail.com
Cidade: São Paulo
Estado: SP
Cursando: doutorado
Semestre: Nono
Faculdade: Universidade de São Paulo

POSTER 60

DESAFETAÇÃO: QUESTÕES TEÓRICAS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO ÂMBITO DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

Juliana Pereira Landim Clemente[147]
Rodrigo Sanches Peres[148]

Resumo: O presente estudo tem como objetivo apresentar um panorama, em termos teóricos e clínicos, da concepção psicossomática de Joyce McDougall, psicanalista neo-zelandesa radicada na França. A noção de desafetação será utilizada como operador conceitual básico. Trata-se de um distúrbio da economia afetiva típico de pacientes somáticos, o qual promove uma incapacidade quase total de manter contato com as emoções próprias e alheias. Dentre outras especificidades da clínica psicanalítica com pacientes somáticos, destaca-se que ao profissional será imposto o desafio de funcionar como um filtro capaz de regular o afluxo de excitações que tende a desencadear descargas corporais em função da inviabilidade, associada à desafetação, de recorrer às palavras para torná-lo dizível. Além disso, a reconstituição de situações de perda anteriores, procurando incluí-las em uma cadeia simbólica de modo a criar uma possibilidade de expressão para as emoções que não foram vivenciadas adequadamente quando da experiência original, também é mencionada como uma das tarefas que cabem ao profissional que se dedica à clínica psicanalítica com pacientes somáticos.

Palavras-chave: Psicossomática; Psicanálise, Psicologia clínica.

Introdução

[147] Psicóloga, aluna do curso de especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).
[148] Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), professor adjunto da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Com a descrição do processo de conversão, Freud promoveu a superação do reducionismo biológico imposto pela tradição cartesiana, visto que demonstrou, a propósito da histeria, que o corpo é susceptível às vicissitudes da mente. Assim, inspirou alguns de seus seguidores na tentativa de identificação dos determinantes emocionais das doenças orgânicas. Os pioneiros desse movimento foram Sándor Ferenczi e Georg Groddeck. No entanto, ambos distorceram o modelo psicanalítico da etiologia da histeria, posto que, como salienta Del Vogo (1998), procuravam, cada um a seu modo, entender os mais diversificados sintomas físicos como o produto da ação de mecanismos puramente mentais.

Nas últimas décadas, diversos psicanalistas contemporâneos, como observa Peres (2006), têm se mostrado atentos à ocorrência de sintomas somáticos que não apresentam as distorções características das formações de compromisso simbólicas, mas, de alguma maneira, se encontram relacionados a determinantes emocionais. Desse modo, vêm utilizando o modelo etiológico das neuroses atuais – e não mais da histeria – na investigação das complexas interações que se estabelecem entre a mente e o corpo. Justamente por essa razão, Laplanche e Pontalis afirmaram que tal modelo "... leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas" (2000, p.301).

Sabe-se, de acordo com a psicopatologia psicanalítica clássica, que os sintomas físicos das neuroses atuais, ou seja, da neurose de angústia, da neurastenia e da hipocondria, não são decorrentes da conversão, mas, sim, da ação de processos que, prescindindo de mediação psíquica, não podem ser considerados uma formação de compromisso simbólica. Logo, as referidas condições se opõem, do ponto de vista sintomatológico, não apenas à histeria, mas também, como bem observam Horn e Almeida (2003), às demais psicopatologias – fobias, obsessões e psicoses – então chamadas, na teorização freudiana, de psiconeuroses.

Joyce McDougall, psicanalista neo-zelandesa radicada na França, é uma das principais adeptas da utilização do modelo etiológico freudiano das neuroses atuais no campo da psicossomática, segundo Peres (2005). A autora em pauta se sobressai também por sua capacidade de se manter alheia a sectarismos, transitando com propriedade singular por diversas vertentes teóricas e estabelecendo um audacioso diálogo entre autores franceses e anglo-saxões. Além disso, se preocupa em problematizar suas próprias idéias quando se depara com os impasses inerentes à clínica psicanalítica, permitindo-se,

conforme Ceccarelli (1997), forjar novas e instigantes hipóteses sobre as facetas psíquicas das doenças orgânicas.

O presente estudo tem como objetivo apresentar um panorama da concepção psicossomática de McDougall e discutir algumas de suas implicações para a clínica psicanalítica com pacientes somáticos. Antes de mais nada, é preciso esclarecer que, partindo da definição de Santos Filho (1993), serão agrupados sob essa rubrica portadores de doenças orgânicas para as quais se admite uma relação com aspectos emocionais e determinados acontecimentos vitais íntima a ponto de possibilitar o acesso por via psicológica a sua essência estruturante. Tal definição coloca em relevo os fatores psíquicos associados ao processo saúde-doença, mas, vale destacar, reconhece a multifatorialidade que o caracteriza.

Desenvolvimento

Para os fins do presente estudo, a noção de desafetação será utilizada como operador conceitual básico. McDougall (1983) forjou essa noção para fazer referência a um distúrbio da economia afetiva típico de pacientes somáticos após perceber que muitos deles apresentam uma incapacidade quase total de manter contato com as emoções próprias e alheias. As palavras, assim, ficam desvinculadas de seu sentido simbólico, ligando-se, como conseqüência, à concretude. A autora esclarece que isso ocorre essencialmente porque esses indivíduos vivenciaram precocemente emoções de grande poder disruptivo, as quais expulsaram defensivamente do campo da consciência.

Segundo Bunemer (1995), a desafetação leva o indivíduo a encontrar dificuldades para apreender contrastes emocionais, discriminar matizes afetivos e identificar tanto seus sentimentos quanto os das demais pessoas com quem convive, conduzindo, conseqüentemente, ao estabelecimento de vínculos afetivos pouco consistentes. No entanto, pode – sobretudo em situações de sofrimento psíquico – ensejar relações fusionais com o intuito de recriar a ilusão primitiva de unidade corporal e mental com a figura materna, como bem observa McDougall (2001). Tal ilusão fomenta a crença da existência de apenas um corpo para dois seres vivos e tende a tornar o indivíduo gradativamente incapaz de distinguir a si mesmo do outro.

Para McDougall, a tendência a "... ejetar do psiquismo percepções, pensamentos, fantasias e outras ocorrências de natureza psicológica (frequentemente criadas por situações banais no mundo exterior, porém carregadas de dor mental para o indivíduo, registradas, mas não reconhecidas como tais) pode produzir, no adulto, uma regressão a respostas somáticas ao invés de uma resposta psicótica" (1991, p.116). Logo, é possível concluir que, segundo essa perspectiva, a desafetação corresponde a uma problemática pré-neurótica, intimamente associada a um empobrecimento extremo da capacidade de simbolização.

Na seqüência da afirmação precedente, a autora sustenta que "há uma dissociação entre a representação da palavra e a representação da coisa, o que faz com que os sinais de angústia se tornem equivalentes de uma representação da coisa, destacada da representação da palavra que daria sentido à experiência" (McDougall, 1991, p.116). Vale destacar que, como esclarecem Laplanche e Pontalis (2000), a representação de coisa resulta do investimento de imagens mnésicas de coisas ou de traços mnésicos derivados e a representação de palavra se encontra relacionada à verbalização. A ligação entre uma e outra caracteriza o sistema pré-consciente-consciente, ao passo que o sistema inconsciente compreende apenas a representação de coisa.

A ressomatização do aparelho psíquico seria o resultado final da dissociação entre a representação de palavra e a representação de coisa. Isso ocorre porque, para McDougall, "o afeto ao qual falta toda e qualquer compensação à sua perda corre o risco de ser cindido no seio de sua própria estrutura" (1989, p.130). À semelhança das pulsões, os afetos são entendidos como algo que se situa no limite entre o somático e o psíquico. Justamente por essa razão resta aos afetos tolhidos de sua significação apenas uma dimensão orgânica que buscará expressão a todo custo. Ampliando uma metáfora tradicionalmente utilizada na teorização psicanalítica para fazer referência à histeria, a autora em pauta sugere que essa expressão ocorrerá mediante o desenrolar de um drama no teatro do corpo.

Mas quais são as implicações clínicas da concepção psicossomática de McDougall? Faz-se necessário, antes de responder diretamente esse questionamento, esclarecer que a autora em pauta alerta que, nos casos em que o paciente apresenta dificuldades acentuadas para refletir sobre os fatores associados ao próprio adoecimento, a psicanálise pode se mostrar pouco indicada, uma vez que a mobilização afetiva intrínseca ao processo

terapêutico é capaz de desempenhar um papel desestruturante, e não reorganizador, como seria de se esperar. A propósito, essa contra-indicação também parece pertinente às psicoterapias de orientação psicanalítica, segundo Aisenstein (2005).

Como aponta McDougall (1991), o fato de um indivíduo teoricamente poder se beneficiar da psicanálise não o torna efetivamente um candidato à mesma – ou às psicoterapias de orientação psicanalítica, poder-se-ia acrescentar. Mais do que isso, o sujeito deve ser capaz de reconhecer a existência do próprio sofrimento psíquico e se mostrar disposto a tentar compreender seus determinantes inconscientes. Ademais, é imprescindível a existência de uma estrutura egóica minimamente organizada, capaz de suportar as angústias inerentes à situação analítica. Por fim, o sujeito deve estar pronto para receber ajuda, ou seja, para se colocar em uma situação de dependência sem temer a frustração potencialmente intrínseca a qualquer relação interpessoal.

Iniciado o processo terapêutico, McDougall (1991) defende que ao profissional impor-se-á o desafio de funcionar como um filtro capaz de regular o afluxo de excitações do qual o paciente somático tende a se livrar apelando à descarga corporal por não ter acesso às palavras que poderiam torná-lo dizível. Trata-se, em última instância, de desempenhar a função materna, sobretudo mediante a decodificação de uma modalidade de comunicação cuja impregnação afetiva é escassa. Esse procedimento se justifica, em última instância, porque, conforme sustenta a autora em pauta, a desafetação tem como principal fator etiológico perturbações precoces na díade mãe-bebê.

Desenvolvendo esse raciocínio, é possível afirmar que o profissional que aceita se enveredar pelos tortuosos meandros da clínica psicanalítica com pacientes somáticos deve se preocupar em promover da introjeção de uma figura materna benevolente. No entanto, tais pacientes muitas vezes não se sentem capazes de serem ajudados e preferem destruir qualquer oferta de auxílio a ter que mergulhar em traumas que remetem ao início da infância. Isso ocorrerá, sobretudo, se o profissional for representado mentalmente como uma mãe incapaz de servir como referência para processos identificatórios.

Outro cenário igualmente pouco favorável ao processo terapêutico se constituirá se o profissional se tornar o objeto da projeção de uma figura paterna de valência negativa. Trata-se de um fenômeno bastante provável se a figura paterna se tiver mostrado inoperante no sentido de contornar as limitações da figura materna como agente do desenvolvimento

da capacidade de simbolização do bebê. Ademais, para McDougall (1991), a figura materna de pacientes somáticos não raro atribuiu um *quantum* de afeto mínimo à figura paterna. Nesses casos, a figura paterna, destacada de seu papel fálico simbólico, inevitavelmente será representada como alguém que não merece ser amado.

Por fim, não se poderia deixar de abordar no presente estudo a questão da contratransferência. McDougall (1991) salienta que a clínica psicanalítica com pacientes somáticos tende a suscitar afetos negativos no profissional, até porque, como mencionado, os mesmos comumente impõem uma série de obstáculos ao processo terapêutico evitando o contato com a própria subjetividade e apelando a uma linguagem de impregnação simbólica restrita. Logo, com o passar do tempo, o profissional tende a se sentir dominado pela inércia psíquica característica da desafetação e, com isso, perde o prazer antes associado à prática de seu ofício.

Para subsidiar a superação de mais esse desafio inerente à clínica psicanalítica com pacientes somáticos, há que se colocar em relevo que, para McDougall (1989), a sintomatologia orgânica dos mesmos pode ser inserida no contexto de uma história que deve ser reconstituída mediante a substituição de seu palco do corpo pela mente. Um dos meios de se fazer isso é promover uma reconstituição de situações de perda anteriores, procurando incluí-las em uma cadeia simbólica de modo a criar uma possibilidade de expressão para as emoções que não foram vivenciadas adequadamente quando da experiência original.

Discussão

Tendo em vista o que precede, conclui-se que a desafetação é correlativa de um mecanismo de defesa que, em contraste com a repressão e o recalque, respectivamente, não se emprega de modo consciente e não transforma o conteúdo excluído em material inconsciente. Todavia, se assemelha, em seus aspectos principais, a uma operação psíquica identificada desde os primórdios da psicanálise: o repúdio para fora do ego (*verwerfung*). Trata-se, para Freud, de "... uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida. Nela, o ego rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse lhe ocorrido" (1894a/1996, p.64).

Na teorização psicanalítica pós-freudiana, o repúdio para fora do ego geralmente é entendido como uma defesa específica das psicoses, pois se desdobra no surgimento de fenômenos alucinatórios e delirantes. McDougall (1991), todavia, sustenta que os afetos pulverizados do aparelho mental por pacientes somáticos não geram subprodutos psicóticos, mas, sim, se perdem sem qualquer espécie de compensação psíquica e, como conseqüência, são reduzidos à sua pura expressão somática. Assim, a autora em pauta, a despeito de reconhecer o risco de fomentar uma retórica, defende que há, nessas circunstâncias, uma espécie de forclusão dos afetos, e não da castração.

Ao desvincular o repúdio para fora do ego das psicoses, McDougall identifica a existência de um quarto destino para os afetos e, assim, ousadamente delineia um novo horizonte para a teorização psicanalítica. Afinal, para Freud (1894b/1996), os afetos, quando desligados das representações, são convertidos, deslocados ou transformados, como ocorre, respectivamente, na histeria, na neurose obsessiva e na neurose de angústia ou na melancolia. A possibilidade de um indivíduo atacar impiedosamente suas emoções com o intuito de destruir as significações a elas relacionadas – e, como conseqüência, desvitalizar seu mundo interno – não foi vislumbrada pelo pai da psicanálise.

Partindo do princípio de que a desafetação possui um caráter essencialmente defensivo, McDougall propõe a utilização da técnica psicanalítica clássica para pacientes somáticos que apresentam as características típicas da desafetação e não possuem contra-indicações – como aquelas já mencionadas – a essa modalidade assistencial. Logo, o uso do divã, a realização de cinco sessões semanais e o emprego prioritário da interpretação são indicados. A autora em pauta deixa isso claro ao afirmar que “quer o postulante sofra de distúrbios psicossomáticos, de sintomas neuróticos, psicóticos ou caracteriais, quer de problemas de adicção, minha abordagem é a mesma” (1991, p.5).

McDougall afirma ainda que “... todo indivíduo deve conjugar a sua realidade psíquica, durante a vida, com o desejo primitivo de retorno ao estado de fusão com a mãe-universo: em outras palavras, com o desejo do não-desejo. A luta contra esse desejo e o luto que ela impõe são compensados, como todos nós sabemos, pela aquisição da identidade subjetiva” (2001, p.13). Desempenhando adequadamente a função materna, portanto, o profissional que se dedica à clínica psicanalítica com pacientes somáticos será

capaz de auxiliá-los nessa empreitada e, como conseqüência, impedir o avanço do processo de ressomatização do aparelho psíquico implementado pela desafetação.

Essa hipótese parte do princípio de que a figura materna tem como principal tarefa proteger seu bebê das tensões provenientes do exterior, exercendo uma função análoga àquela que, na idade adulta, cabe ao sistema pára-excitações. Para tanto, deve interpretar a comunicação primitiva e nomear os estados afetivos do mesmo. O adequado desempenho dessa tarefa subsidia o acesso do bebê à palavra e facilita o desenvolvimento da capacidade de simbolização. Caso contrário, seus sinais pré-verbais permanecerão distantes de qualquer código lingüístico.

Considerações finais

Adotou-se a noção de desafetação como operador conceitual básico do presente estudo visando a estabelecer um panorama, em termos teóricos e clínicos, da concepção psicossomática de McDougall. Tal opção metodológica justifica-se, sobretudo, porque a referida noção, central para a autora em pauta, ainda não foi totalmente incorporada ao vocabulário psicanalítico. O presente estudo pode auxiliar a reverter essa situação, servindo como uma leitura inicial aos interessados no funcionamento psíquico e no manejo clínico de pacientes somáticos à luz de um dos desenvolvimentos pós-freudianos mais importantes. Porém, vale destacar que, obviamente, o aprofundamento dos temas ora abordados demanda um percurso por toda a instigante obra de McDougall.

Referências

AISENSTEIN, M. Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. Tradução C. Monteiro. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. (Orgs.). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 667-673.

BUNEMER, E. Desafetação: a dificuldade de investir no objeto. IDE, São Paulo, v. 26, p. 28-42, 1995.

CECCARELLI, P. R. Joyce McDougall: uma apresentação. Percurso, São Paulo, v. 18, p. 104-106, 1997.

DEL VOGO, M. J. O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna. Tradução M. Gambini. São Paulo: Escuta, 1998.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In: SALOMÃO, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 53-66. (Original publicado em 1894a).

FREUD, S. Carta 18. In: SALOMÃO, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, p. 233-234. (Original publicado em 1894b).

HORN, A.; ALMEIDA, M. C. P. Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 69-84, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário da psicanálise. Tradução P. Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Original publicado em 1982).

McDOUGALL, J. Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica. Tradução C. E. Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

McDOUGALL, J. Teatros do eu. Tradução O. Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

McDOUGALL, J. Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. Tradução P. H. B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

McDOUGALL, J. Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente. Tradução N. J. P. Franch. Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 75-98, 1994.

McDOUGALL, J. Um corpo para dois. Tradução L. Y. Massuh. In: McDOUGALL, J.; GACHELIN, G.; AULAGNIER, P.; MARTY, P.; LORIOD, J.; CAÏN, J. (Orgs.). Corpo e história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 9-46.

PERES, R. S. A psicanálise no divã. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 309-311, 2005.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.

SANTOS FILHO, O. C. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: MELLO FILHO, J. (Org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 353-361.

Inscricao Numero: 687

Nome: juliana pereira landim clemente

Tel.: 1732233658

Email: dance.ju@gmail.com

Cidade: sao jose do rio preto

Estado: SP

Cursando:

Semestre: Primeiro

POSTER 61

APLICAÇÃO DA ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA ÀS RELAÇÕES FAMILIARES: UM ESTUDO PILOTO

Janaina Coniaric
Orientadora: Kayoko Yamamoto

RESUMO

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, com o intuito de aprimorar modelos de intervenção clínica que possibilitem a promoção de saúde e a prevenção de problemas psíquicos na comunidade. Esta compreende que, o atendimento preventivo familiar é um meio de se alcançar à comunidade. Em projetos psicossociais com famílias, constatou-se a necessidade de um instrumento diagnóstico familiar, que abrangesse a detecção precoce de sinais e sintomas, abreviando uma ação mais eficaz. Perante a esta demanda, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), pode ser considerada um instrumento adequado, pois fornece recursos qualitativos e quantitativos que permitem o diagnóstico e a classificação adaptativa; contudo a EDAO foi concebida para o diagnóstico individual. Assim, o presente trabalho tem como objetivo estudar um novo modelo diagnóstico familiar a partir das concepções da Teoria da Adaptação, que fundamentam a EDAO. Para tanto, efetuar-se-á um estudo piloto com cinco famílias do Programa de Saúde da Família (PSF), com as quais Serão realizadas, em seus domicílios, entrevistas preventivas abordando os setores: Afetivo-relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sócio-Cultural (S-C); e Orgânico (OR). Entende-se que a importância deste estudo, seja oferecer instrumentos conceituais e técnicos que auxiliem o trabalho clínico e preventivo com famílias, abrangendo a detecção precoce de sinais e sintomas, contribuindo para promover intervenções mais eficazes.

Palavras-chave: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO, Família, Prevenção, Psicodiagnóstico interventivo, Método Clínico.

INTRODUÇÃO

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, com o intuito de aprimorar modelos de intervenção clínica que possibilitem a promoção de saúde e a prevenção de problemas psíquicos na comunidade. Esta compreende que, o atendimento preventivo familiar é um meio de se alcançar à comunidade. Portanto, o estudo e o aperfeiçoamento de formas de intervenção junto a famílias em condição de risco biopsicossocial se fazem necessário, pois busca propiciar instrumentos que auxiliem os profissionais da saúde, contribuindo para promover intervenções mais eficazes.

A partir da prática clínica em instituições e Projetos Psicossociais com Famílias, verificou-se a demanda por um instrumento diagnóstico familiar, que permita a diferenciação das famílias, em sua singularidade, considerando a dinâmica famili ar e a capacidade de adaptação, para então se pensar e propor uma intervenção mais adequada. Assim, a solução suposta foi encontrar um modelo de avaliação diagnóstica das relações familiares, que atendesse ou se ajustasse as especificidades desta população, que apesar de precisar de auxílio especializado, não o busca por falta de informação ou receio. Por isso que, no trabalho preventivo, é o especialista que vai ao encontro das famílias, no intuito de uma intervenção primária ou secundária, mas podendo deparar-se com a doença avançada.

Por meio da investigação pelo modelo diagnóstico familiar, pode-se constatar a gama de métodos de avaliação, que foram desenvolvidos a partir de concepções distintas sobre a compreensão da dinâmica familiar. Todavia, a busca pelo instrumento diagnóstico levou ao encontro com Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO, a qual atende ao objetivo da prevenção, pois fornece recursos classificatórios qualitativos e quantitativos que permitem promover ações de proteção à comunidade contra formas de adaptação menos eficazes.

A EDAO foi fundamentada no Conceito da Adaptação, formulada por Simon (1989), em que todas as pessoas vivas possuem algum grau de adaptação, por mínima que seja, caso contrário não há vida. Assim, todo o comportamento pode ser compreendido conforme o referencial adaptativo, em que há um esforço para adaptar-se da melhor forma que o seja

possível. Deste modo, a eficácia na adaptação varia conforme a pessoa e seu momento de vida de acordo com as circunstâncias internas e externas.

A aplicação da EDAO é realizada por meio de entrevistas psicológicas, semidirigidas e individuais, que investigarão a queixa, seu histórico e evolução; a história pregressa do paciente; e outras áreas com sintoma, a fim de detectar situações-problema com relação os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados, que após uma análise qualitativa são operacionalizadas, obtendo-se uma classificação, conforme eficácia da adaptação.

Atualmente, a EDAO é conhecida por profissionais clínicos e utilizada em diversas pesquisas voltadas à saúde mental. Contudo, a EDAO foi concebida, por Simon (1989), para a aplicação individual, não havendo o registro de um estudo sobre sua aplicação no grupo familiar.

OBJETIVO

A pretensão desta pesquisa é verificar a possibilidade de aplicar as concepções da Teoria da Adaptação à família, com a finalidade de estudar um novo modelo diagnóstico familiar, tendo como referência a EDAO.

Para tanto, observar-se-ão as interações familiares e, analisar-se-ão se são adequadas ou não conforme o conceito de adequação (Simon, 1989)

JUSTIFICATIVA

Se verificada a aplicabilidade deste instrumento diagnóstico familiar, sua utilização poderá auxiliar o trabalho clínico e preventivo com famílias, abrangendo a detecção precoce de sinais e sintomas (os quais poderiam passar desapercebidos), abreviando uma ação mais eficaz. Assim como poderá estender-se (considerada as devidas adaptações), a outras pesquisas e projetos. Pois, como afirmado por Bleger (1984, p.20):

“**(...) a função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública”.**

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto, que se utilizará do método de pesquisa em Psicologia Preventiva.

Participantes: Cinco famílias integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF), cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da regional Sul do município de São Paulo.

Local: As entrevistas serão realizadas nos domicílio das famílias, em horário a ser combinado com cada família, visando à participação de maior número de seus integrantes.

Coleta de Dados: Serão realizadas entrevistas preventivas com as famílias, que abordarão os setores: Afetivo-relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sócio-Cultural (S-C); e Orgânico (OR).fundamentadas nos conceitos adaptativos para a análise da adequação das interações familiares.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados serão analisados qualitativamente. Utilizar-se-á do método clínico (Bleger, 1989), baseado: na observação (tendo o observador como participante); no estudo da relação interpessoal; e nas reações e fatores que intervém na pesquisa.

Dentro do referencial teórico preventivo, o Conceito de Adaptação servirá de subsídio para a análise da adequação das interações familiares.

ANÁLISE DOS ASPÉCTOS ÉTICOS

Quanto às questões Éticas, deontológicicas, atender-se-á as exigências dos artigos III ao V do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Respeitar-se-á os aspectos centrais referentes à eticidade em pesquisa, tais como consentimento livre e esclarecido dos participantes, preferencialmente com autonomia plena, respeitando-se sua dignidade e autonomia.

O projeto está submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, assim como ao CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

REFERÊNCIAS

BLEGER, J. (1984). Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artes Médicas.

BLEGER, J. (1989). “O problema metodológico em psicologia” In: Psicologia da Conduta. Porto Alegre: Artes Médicas.

SIMON, R. (1989). Psicologia Clínica Preventiva. Novos fundamentos. São Paulo: EPU.

TURATO, E.R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes.

POSTER 62

ESTRATÉGIA GRUPAL EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UNINDO ESFORÇOS PARA POTENCIALIZAR A VIDA

Manoel Antônio dos Santos[149]

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem por objetivo analisar as potencialidades da estratégia grupal no tratamento dos transtornos alimentares. Trata-se de um relato de experiência de coordenação de um grupo terapêutico para pacientes com anorexia e bulimia nervosas, inserido em um serviço especializado de assistência interdisciplinar denominado Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA). Esse serviço existe desde 1982, junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). O grupo é aberto a pacientes com transtornos alimentares de ambos os sexos, predominando mulheres jovens, solteiras, de procedência socioeconômica diversificada. Para fundamentação teórico-clínica da intervenção são empregadas formulações psicodinâmicas. Os resultados mostram que o processo terapêutico em grupo facilita a construção de condições favoráveis à mudança, na medida em que sustenta um espaço de troca de experiências e de atitudes de mútua ajuda. A atmosfera permissa contribui para a redução dos sintomas que comprometem a esfera oroalimentar. Conclui-se que um conhecimento refinado do perfil e funcionamento psicológico desses pacientes é útil para prover informações para o planejamento da intervenção da equipe multidisciplinar.

GRATA - UM SERVIÇO ESPECIALIZADO COM 24 ANOS DE FUNCIONAMENTO

Transtornos alimentares (TA) são quadros psicopatógicos caracterizados por graves alterações no comportamento alimentar. Devido à complexidade dos fatores envolvidos na

[149] Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do GRATA - Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

gênese e manutenção desses transtornos, como anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), o tratamento deve abarcar múltiplas abordagens, que contemplem os pontos de vista clínico, nutricional, psicológico e psiquiátrico que intervêm nesses quadros (Souza e Santos, 2007). Essas abordagens devem ser desenvolvidas de modo integrado por uma equipe multidisciplinar.

O objetivo do presente estudo é analisar as potencialidades da estratégia grupal no tratamento dos transtornos alimentares. Para tanto, descreveremos nossa experiência como coordenador de grupo terapêutico oferecido aos pacientes, entendendo o grupo como contexto de produção de singularidades, de potências de vida.

O GRATA é um serviço especializado que, desde 1982, vem prestando assistência a pacientes com AN e BN junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. A proposta de atendimento é desenvolvida, basicamente, em regime ambulatorial. A hospitalização de pacientes é uma estratégia utilizada apenas excepcionalmente, quando há indicação por risco iminente de vida.

A equipe de saúde é constituída por médicos (nutrólogos e psiquiatra), nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Com freqüência semanal são oferecidos três grupos abertos, sendo dois destinados aos familiares e acompanhamentos das pacientes (Grupo de Orientação Clínico-Nutricional, seguido de um Grupo de Apoio Psicológico) e um outro grupo, que congrega pacientes em seguimento ambulatorial. Os grupos são coordenados por psicólogos, à exceção do primeiro, liderado por nutricionista e nutróloga.

Os grupos têm duração variável: os destinados aos familiares duram 60 minutos cada e o grupo das pacientes dura 90 minutos. A coordenação é operacionalizada em esquema de co-terapia e os coordenadores discutem os principais emergentes após o término, preparando os demais profissionais da equipe para os atendimentos individuais que se iniciam em seguida. Os fenômenos grupais mais relevantes também são levados para discussão junto à equipe multiprofissional, em reuniões semanais, que ocorrem antes dos atendimentos.

Para fundamentação teórico-clínica da intervenção são empregadas formulações psicodinâmicas. A equipe, por sua vez, conta com o suporte de uma psicanalista, que auxilia os profissionais a refletirem sobre suas próprias questões emocionais, suscitadas pelo intenso contato com dimensões que comumente tangenciam a fronteira vida-morte.

APROXIMANDO-SE DO UNIVERSO PSÍQUICO DA PESSOA COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para Santos (2006), a clínica dos TA configura um campo de alta densidade da experiência emocional vivida pelo psicoterapeuta, dado o nível de comprometimento de áreas vitais implicadas nesses quadros e o grau de regressão emocional em que os pacientes se encontram. Além dos prejuízos físicos evidentes, apresentam graves alterações do funcionamento psicossocial, que se expressam tanto no plano da personalidade quanto do comportamento. Como traços característicos dos portadores desses transtornos figuram: o isolamento social, implicando na deterioração da qualidade e regularidade das relações sociais, o humor depressivo, a invasão dos afetos desorganizando o funcionamento intelectual, com prejuízos marcantes na adaptação e qualidade de vida (Bruch, 1972, 1978).

A dissociação entre pensamento e afeto é uma constante nesses casos e impõe uma série barreira às intervenções do psicoterapeuta e dos demais membros do grupo. Em razão do uso maciço de mecanismos dissociativos, a possibilidade de morte parece algo remoto e distante dos pacientes anoréxicos e bulímicos.

Não ser capaz de reconhecer no seu comportamento alimentar disfuncional um traço patológico é outro desafio terapêutico a ser superado, na medida em que dificulta ou até mesmo inviabiliza o desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre o psicoterapeuta e o paciente. Nesse sentido, o foco da intervenção psicoterapêutica é colocado, no período inicial do tratamento, na criação de condições que favoreçam a consciência sobre o transtorno alimentar. Um longo e árduo caminho precisará ser traçado junto aos pacientes para que eles possam reconhecer que a vida é um bem precioso que precisa ser cuidado. O processo terapêutico é um recurso valioso para facilitar o vislumbre da possibilidade de mudança, que só poderá advir a partir da revisão e ressignificação de valores, crenças e sentimentos relacionados ao próprio corpo e ao processo de autocuidado.

Doentes que sofrem de uma enfermidade somática, de um modo geral, sentem necessidade de atribuir um significado para sua doença e tratamento e, dentre os múltiplos sentidos possíveis, podem incluir o medo da morte. Nos quadros psicopatológicos como os TA, entretanto, o que se observa é, muito mais, o medo da vida. Esses pacientes sofrem de

um sentimento de incompetência generalizada. Sentem que não detêm controle sobre sua própria existência. Por isso desenvolvem, como mecanismo compensatório, o desejo de controlarem, pelo menos, o próprio apetite e outras necessidades básicas, o que desemboca na preocupação obsessiva com o controle do peso e da forma corporais.

ESTRATÉGIA GRUPAL EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA EM TRANSTORNOS ALIMENTARES

O intercâmbio de experiências entre pessoas que compartilham problemas semelhantes e que têm objetivos parecidos permite criar um clima grupal favorável para elaborar situações peculiares desencadeadas pelo adoecimento e tratamento (Bechelli & Santos, 2001). Com o auxílio do psicoterapeuta, os participantes podem se permitir refletir sobre suas emoções e condutas, a partir de um novo e diferente vértice que é propiciado pelas interações no grupo, criando, desse modo, uma maior possibilidade de mudança em seus padrões relacionais.

Em nossa prática ambulatorial junto ao GRATA os grupos são abertos, o que significa dizer que os participantes são livres para comparecem semanalmente, prescindindo de agendamento prévio – tal como ocorre com os retornos regulares às modalidades individuais de assistência que são oferecidas. No caso das chamadas síndromes psicossomáticas, como é o caso dos TA, observa-se que o atendimento psicológico a princípio não se enquadra exatamente na demanda do paciente, cujo interesse prioritário manifesto é a consulta com o médico nutrólogo e a nutricionista – e, eventualmente, com o psiquiatra. Além disso, alguns pacientes, que aceitam o encaminhamento para psicoterapia individual, são atendidos fora do dia do ambulatório.

CONSTITUINDO O ESPAÇO GRUPAL

O grupo é aberto a pacientes com TA de ambos os sexos, predominando mulheres jovens, solteiras, de procedência socioeconômica diversificada. A seleção dos integrantes do grupo é realizada por meio de entrevista individual e/ou psicodiagnóstico aplicado na admissão do paciente.

Adotam-se alguns critérios de inclusão para o grupo: (1) Diagnóstico: são considerados elegíveis pacientes que preenchem os critérios diagnósticos do DSM-IV para

AN e BN; (2) Idade: faixa etária a partir de 14 anos, sem limite máximo; (3) Aceitação: aquiescência, por parte dos participantes, das características de funcionamento do grupo e de uma modalidade específica de intervenção psicológica que focaliza as dimensões emocionais associadas aos sintomas – portanto, uma estratégia que se endereça à mente e não ao corpo e/ou aspectos médico-nutricionais associados à enfermidade; (4) Disponibilidade: para comparecer ao grupo pelo menos no dia dos retornos médicos (o que implica, sempre que possível, na disponibilidade de comparecer ao hospital uma vez por semana, independentemente de estar agendado ou não retorno médico). Como critérios de exclusão para o grupo tem-se: (1) Presença de morbidade psiquiátrica (quadro agudo, sintomas psicóticos francos que dificultem a permanência em grupo); (2) Dificuldades de ordem pessoal (rebaixamento intelectual, déficit de comunicação verbal ou acuidade auditiva) que podem contraindicar o encaminhamento do paciente para grupo.

Nas primeiras etapas do atendimento o paciente com AN ou BN tende a permanecer obstinadamente centrado nos sintomas físicos, e só mais secundariamente se mostra interessado nas questões psicológicas. Isso se deve à ausência de percepção da influência dos fatores afetivo-emocionais sobre suas manifestações sintomáticas. De modo análogo ao que ocorre nos grupos de apoio realizados em contextos de tratamento de alguma enfermidade orgânica, que congregam pacientes que não acorrem à instituição primariamente para tratar de seus aspectos psicológicos, nos TA frequentemente deparamos com pacientes que não reconhecem que sua condição de sofrimento tem também uma faceta psicológica (Santos, 2006). Muitos pacientes simplesmente negam sua condição emocional e, portanto, não se veem como pessoas que necessitam de ajuda. Costumamos dizer que esses pacientes ainda precisam ser “apresentados” ao seu mundo mental, que eventualmente desconhecem e em relação ao qual têm profundo receio de se aproximarem. Nessa vertente, as estratégias grupais parecem facilitar o manejo dessas resistências.

TÁTICAS DE MANEJO GRUPAL NA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO

O manejo e o apoio circunscrevem um espaço permissivo e seguro para a expressão emocional, bem como para a troca de experiências entre os membros do grupo, que

compartilham situações vitais semelhantes decorrentes do enfrentamento de uma problemática comum. O objetivo da estratégia grupal é justamente tirar proveito de de um certo nível de heterogeneidade que existe na relativa homogeneidade, que é supostamente assegurada pelo diagnóstico de TA. Explora-se o potencial terapêutico do encontro das diferenças individuais (pluralidade de experiências) em um contexto de relativa homogeneidade, garantida – mas só até certo ponto – pelo diagnóstico comum.

As táticas de intervenção utilizadas no grupo de portadores de AN e BN aproximam-se, em seus fundamentos técnicos, das estratégias descritas no contexto das psicoterapias de apoio (ou de esclarecimento). Assim, basicamente, as intervenções podem ser: exploratívas, informativas e integrativas (Fiorini, 1984).

Exploratívas: correspondem às intervenções que buscam investigar o que o paciente conhece a respeito do TA e de seu tratamento. Incentivamos cada membro do grupo a explanar livremente sobre suas concepções, idéias e sentimentos, ficando atentos à maneira como cada um consegue subjetivar suas questões.

Informativas: visam proporcionar a disseminação de conhecimentos atualizados sobre o transtorno, mediante uma linguagem compatível e adaptada ao nível sociocultural do paciente.

Integrativas: almejam o desenvolvimento de habilidades de elaboração das situações vivenciadas e a aprendizagem por meio da experiência – própria e também do outro, que vivencia uma situação semelhante em seu contexto de vida.

Outras estratégias de apoio utilizadas compreendem: a clarificação, a confrontação e a orientação.

Clarificação: procura-se facilitar o reconhecimento dos recursos de enfrentamento que cada paciente utiliza para fazer frente à crise vital provocada pela enfermidade ou pelas sequelas eventualmente produzidas por sua cronicidade.

Confrontação: o grupo gera a necessidade de que os participantes coloquem à prova a sua subjetividade e confrontem o que sentem com os dados objetivos provenientes da realidade biológica, psicológica e social. A realidade física/concreta do corpo esquelético do anoréxico estabelece um contraste gritante com a negação psicológica da gravidade dos seus sintomas. O mesmo ocorre com a descrição, frequentemente neutra do ponto de vista emocional, que o bulímico faz de suas incríveis manobras purgativas, como vomitar mais de

20 vezes em um único dia ou tomar cartelas inteiras de comprimidos de laxantes e diuréticos.

Orientação: visa prover apoio emocional para um manejo mais adequado dos conflitos intrapsíquicos. O psicoterapeuta apenas leva em consideração os aspectos psicodinâmicos inconscientes, sem, contudo, interpretá-los no contexto da sessão.

Essas táticas são utilizadas também nos grupos conduzidos com os familiares dos pacientes, com a diferença de que o enfoque é mais acentuado na orientação com finalidade educativa. Uma outra aplicação do grupo nesse âmbito são os *multiplicadores reflexivos*, estratégia que objetiva oferecer um espaço de continência e elaboração psicológica para as questões emocionais que afetam a própria equipe de saúde.

À GUISA DE CONCLUSÃO: UNINDO ESFORÇOS PARA POTENCIALIZAR A VIDA

Para Santos (2006), os grupos terapêuticos ou de apoio:

1. proporcionam um contexto confiável no qual o paciente pode adquirir habilidades para lidar com seus sentimentos, fantasias e ansiedades, desenvolvendo novos recursos de enfrentamento, de modo a obter um melhor manejo do sofrimento psíquico; nesse sentido, são encorajados novos modos de resolução de conflitos, que se reflitam em situações vividas no dia-a-dia.

2. incentivam o exercício da ajuda mútua por meio da partilha de problemas similares.

3. estimulam a descoberta de novas formas de lidar com o conflito gerado pela necessidade de dependência *versus* temor da perda de autonomia.

4. encorajam o paciente a buscar desfechos mais satisfatórios para suas histórias de dor e sofrimento.

5. ajudam o paciente a ter menos medo do futuro, encorajando seus movimentos no sentido do crescimento e da gradual individuação.

Concluindo, as estratégias grupais têm se revelado como possibilidades ricas de intervenções psicoterapêuticas no contexto do tratamento da AN e BN. O grupo, em suas diferentes configurações (grupo de pacientes, familiares, profissionais) vem se consolidando como um espaço fecundo para vencer os desafios cotidianos colocados pela abordagem dos TA. É, antes de mais nada, um modo de unir esforços para potencializar as

possibilidades de proteger a vida psíquica, seriamente ameaçada de inanição de provisões vitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. **Psicoterapia de grupo**: noções básicas. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2001.

BRUCH, H. **Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within.** New York: Basic Books, 1972.

BRUCH, H. **The golden cage:** the enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

FIORINI, H. **Teoria e técnica de psicoterapias.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. **Anorexia e bulimia**: conversando com as famílias. São Paulo: Vetor, 2007.

POSTER 63

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: CASO CLÍNICO

Manoel Antônio dos Santos[150]
Lívia Maria de Araujo Cunha Bueno[151]

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem por objetivo ampliar a compreensão acerca dos transtornos de personalidade do tipo *borderline*, focalizando hipóteses psicodinâmicas relativas à etiologia, características de personalidade, manejo clínico e prognóstico. Após revisão teórica do tema, será apresentado material clínico de uma paciente adulta, portadora desse tipo de organização de personalidade, atendida ao longo de um ano em psicoterapia de orientação psicanalítica no contexto de uma clínica-escola de Psicologia.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista clínico, o paciente *borderline* caracteriza-se, basicamente, por encontrar-se na linha de fronteira entre a neurose e a psicose. Porém, desenvolve uma organização de personalidade com características específicas, que caracterizam uma entidade nosológica distinta.

O Transtorno de Personalidade *Borderline* acomete, predominantemente, mulheres, que respondem por cerca de 75% dos casos. Quanto à prevalência, estima-se em cerca de 2% da população geral, ocorrendo em cerca de 10% dos pacientes de consultórios psiquiátricos e em cerca de 20% dos pacientes psiquiátricos internados. Entre os portadores de transtornos da personalidade em geral, a prevalência do tipo *borderline* varia de 30 a 60%.

As principais características do transtorno, segundo Zimerman (1999), são: medo de abandono – o paciente demonstra uma necessidade constante de nunca se sentir sozinho

[150] Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.
[151] Aluna do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Estagiária do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - NEPPS.

e sem apoio, pois tem alta sensibilidade a sentimentos de rejeição e abandono; presença permanente de ansiedade difusa e sensação de vazio crônico; instabilidade de humor; comportamento autodestrutivo; tentativas de suicídio; mudanças constantes de planos profissionais, de emprego e do círculo de amizades; problemas relacionados à autoestima, com excessivo sentimento de desvalorização de si e de ser incompreendido pelo outro, resultando em difusão da identidade; eventualmente, pode ser acometido por episódios psicóticos breves. O paciente com essa configuração diagnóstica frequentemente se organiza como uma pessoa ambígua, instável e exageradamente compartimentada.

Na atual classificação dos transtornos mentais da Organização Mundial de Saúde (1992), a CID-10, o transtorno denominado Personalidade *Borderline* está incluído no capítulo dos Transtornos de Personalidade Emocionalmente Instável. Nesse sistema classificatório, esse transtorno se subdivide em dois tipos: o Tipo Impulsivo e o Tipo *Borderline*. Segundo a CID-10, no Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável há tendência marcante a agir impulsivamente e sem consideração das conseqüências de seus atos, juntamente com acentuada instabilidade afetiva. Nessas pessoas a capacidade de planejar pode ser mínima e os acessos de raiva intensa podem, com frequência, levar a explosões comportamentais e de violência.

O tipo Impulsivo se caracteriza por instabilidade emocional e falta de controle de impulsos. No tipo *Borderline* estão presentes várias características de instabilidade emocional, que coexistem com impulsividade, perturbação variável da autoimagem, dos objetivos e das preferências, incluindo a sexual. O paciente *borderline* frequentemente se queixa de sentimentos crônicos de vazio e apresenta forte propensão a envolver-se em relacionamentos intensos, porém instáveis, que podem desencadear repetidas crises emocionais. São pacientes que se esforçam para evitar o abandono e, para tanto, não medem esforços, podendo recorrer a ameaças de suicídio ou atos autolesivos na tentativa de intimidar o outro. Os relacionamentos amorosos acabam ficando sufocantes, com perda das fronteiras psíquicas entre o eu e não-eu.

No DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a característica essencial do Transtorno da Personalidade *Borderline* é um padrão comportamental de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e na vivência dos afetos. Como o limiar de tolerância à frustração é extremamente baixo nessas pessoas, as

expressões agressivas são frequentes, muitas vezes sob forma de crise. Essas crises podem desempenhar certas funções psicodinâmicas, como, por exemplo, aliviar o excedente de tensão interna, impedir o recrudescimento do conflito e exposição a novas experiências de frustração, chamar a atenção para a presença do paciente, ainda que de forma negativa, desagradável e ineficaz, melhorar a auto-afirmação, obrigar o ambiente a reconhecer sua importância, ainda que para se lhe opor ou confrontar. Assim, pessoas com funcionamento *borderline* também estão suscetíveis a manifestações de instabilidade afetiva exuberantes, durante as quais oscilam bruscamente entre emoções intensas, como amor e ódio, indiferença/apatia e entusiasmo exagerado, alegria efusiva e tristeza profunda. As dificuldades de modulação afetiva são acompanhadas de representações psíquicas das figuras humanas extremamente distorcidas, predominando sentimentos de desconfiança profunda em relação ao outro.

A apreciação que esses pacientes fazem de si mesmos está sujeita a contínuas oscilações. Eles podem ter súbitas mudanças de opinião e planos acerca de sua carreira, identidade sexual, valores pessoais e crenças. O suicídio consumado costuma ocorrer em 8 a 10% dos casos e os atos de automutilação, também de natureza impulsiva, como cortes ou queimaduras autoinfligidas, também são comuns, geralmente precipitados por rejeição ou ameaças de separação.

Os *borderlines* experienciam a consciência dolorosa de serem preenchidos por um vazio afetivo, além de despersonalização e incapacidade para sentir emoções. É muito comum desenvolverem alguma forma de adição, como abuso de álcool, remédios, drogas e sexo. O comportamento aditivo traduz uma busca frenética, constante e exaustiva por mitigar o sofrimento, que geralmente resulta em frustração e na sensação desagradável de que algo – que não conseguem definir claramente o que seja – pode completá-los e trazer algum alívio para a intensa carga de angústia que os aflige. A tendência a evitar o desprazer é mais forte do que a busca do prazer.

Green (1990) comenta que esses pacientes expressam muita angústia em relação à separação, problemas acarretados por luto intermináveis ou perdas não vivenciadas e devidamente elaboradas ao seu tempo. Para um paciente *borderline* não basta que o objeto esteja concretamente presente para que seja afastada a angústia de separação. Não é possível separar a angústia de separação da angústia de castração, nem a angústia

de intrusão da angústia de penetração. A angústia de perda é entendida como perda de uma parte ou perda de todo o self, e a angústia de intrusão é vivida como ameaça permanente à manutenção da integridade das fronteiras identitárias e do envelope corporal, seja de uma parte, seja do todo.

Para fazerem frente a tais ameaças, os *borderlines* utilizam-se de mecanismos de defesa arcaicos, que tem por função protegerem o ego do contato com os conflitos, dissociando, assim, as experiências contraditórias do self. Dentre os mecanismos defensivos empregados com maior intensidade situam-se:

- Clivagem: consiste na divisão do self e do objeto em totalmente bom ou integralmente mau.
- Idealização primitiva: é o exagero na visão dos objetos externos como bons, excluindo falhas, lacunas, incompletudes e não tolerando imperfeição. Em contraposição, há desvalorização dos outros ou sua percepção como agentes persecutórios e perigosos.
- Identificação projetiva: tendência para continuar a experienciar o impulso intolerável, mas mantendo-o sob controle, à distância, por meio de sua projeção maciça em outra pessoa.
- Denegação: o paciente tem consciência de que seus pensamentos, sentimentos e percepções mais autênticos são opostos aos expressos diretamente, porém esse conhecimento não é suficiente para influenciar seu estado mental atual.
- Onipotência e desvalorização: derivadas da clivagem, são representadas pela alteração de recursos egóicos que refletem um self altamente inflado que se relaciona com representações diferenciadas dos outros, incluindo a projeção de aspectos desvalorizados do self.
- Evitação: trata-se de uma tentativa de evitar entrar em contato com a representação psíquica intolerável ou constrangedora.
- Forclusão: rejeita-se uma representação intolerável ou constrangedora: a representação simbólica da figura paterna é repudiada.
- Dissociação: os distintos aspectos do psiquismo permanecem contraditórios ou em oposição entre si.

Para Kernberg e colaboradores (1987) e Gabbard, (1998), o paciente com estruturação de personalidade *borderline* atravessou com sucesso a fase simbiótica, descrita por Margaret Mahler. Nessa travessia evolutiva, self e objeto foram diferenciados.

Porém, fixou-se na fase de separação-individuação. Assim, o paciente revive essa crise infantil, reeditando de forma recorrente o medo de ser abandonado e a intolerância aos estados de solidão. Hipotetiza-se que isso seja devido à alteração da disponibilidade emocional da mãe, devido à agressão da criança ou a problemas maternos com a paternidade, o que gera a falta de constância objetal, ou seja, o indivíduo não internaliza uma imagem consistente da figura materna. A falta desse registro do objeto interno cria sentimentos de vazio e fomenta tendências depressivas, dependência emocional, não disponibilidade de recursos internos adequados, tendência à fragmentação do self acompanhada por um sentimento de profundo vazio. O fracasso pessoal não gera culpa e sim vergonha – o que evidencia a linhagem narcisista da organização de personalidade – por projetar nos outros seus sentimentos de auto-recriminação.

Segundo a teoria winnicotianna (Winnicott, 2000), as bases evolutivas devem ser buscadas na relação com o ambiente. Não foi proporcionado ao bebê um ambiente suficientemente bom. Por isso o bebê passou a reagir mal às invasões objetais que sofreu na vida. Ele não é capaz de usar e destruir o objeto, pois estabeleceu relações anaclíticas com objetos subjetivos, uma vez que o self não está constituído. O paciente *borderline* não teve *holding* adequado, portanto, não conseguiu desenvolver a capacidade de ficar só, temendo sempre a ameaça de aniquilação nos momentos em que o objeto se afasta. Por predominarem as relações objetais do tipo anaclítico, ora um é grande, ora o outro é pequeno; um é o provedor, o outro é o dependente absoluto; um é o perseguidor e o outro é o perseguido. Como não consegue se opor aos objetos anaclíticos, precisa agredi-los para conseguir se separar minimamente, de modo a garantir os limites de sua subjetividade. Nessa vertente, o abuso de álcool e outras drogas, as ameaças de automutilação e a predisposição ao suicídio são estratagemas comumente utilizados na tentativa de aliviar o peso da depressão.

Vale apontar que o uso de psicofármacos para esse quadro psicopatológico não tem sua eficácia definida. Geralmente, são utilizados antidepressivos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, para diminuir sintomas impulsivos. Baixas doses de antipsicóticos podem ajudar a aliviar alguns sintomas que ampliam o sofrimento.

Em relação ao tratamento psicoterápico, cabe ao psicoterapeuta acolher o paciente *borderline*, desenvolvendo um trabalho de fortalecimento e resgate da autoestima,

minimizando os entraves ao seu desenvolvimento e ajudando-o a elaborar o processo de simbolização que lhe falta. É essencial dar *holding* a esses pacientes, para que possam se sentir existindo na linha do tempo e constituam um self verdadeiro. Porque houve falha durante a maternagem, ele sempre precisará do objeto para recompor sua subjetividade. Considerando essas formulações psicodinâmicas, o psicoterapeuta passa a encarnar o objeto-subjetivo no contexto de uma relação anaclítica (apoio), para que o paciente possa sentir a continuidade de seu existir ao longo do tempo e apropriar-se de si mesmo, isto é, tornar-se sujeito de sua história. Dessa forma, o objetivo da psicoterapia individual com o paciente *borderline* consiste no fortalecimento do ego, para tolerar ansiedade e controlar os impulsos. O tratamento psicológico também almeja integrar as representações dissociadas do self e do objeto, favorecendo a constituição de uma visão coesa de si e dos outros, o que lhe permitirá suportar separações e reparações (Gabbard, 1998).

CASO CLÍNICO

Luana, nome fictício, 30 anos, estava oficialmente separada, à época em que buscou atendimento psicológico na clínica-escola, porém morava na mesma casa que o ex-marido e os filhos desde o começo do ano

A paciente relatou que procurou psicoterapia por causa de umas “besteiras” que andou fazendo e que agora queria começar uma nova vida. No decurso da entrevista de triagem, a paciente assinou um termo de consentimento concordando com os termos do presente estudo.

Luana disse que sempre foi uma pessoa preocupada com o peso. Relata que era viciada em remédios para emagrecer desde os 16 anos de idade. Alegava que se sentia mais “poderosa”. Era agitada, tinha a sensação de estar sempre “elétrica” e de que “podia tudo”, quando estava sob efeito da anfetamina. Juntamente com o remédio, todos os dias ingeria bastante bebida alcoólica, porém não se considerava uma alcoolista. Hoje ainda “bebe escondido” do ex-marido e dos filhos, durante os fins de semana em que eles estão viajando.

Quando parou de tomar os remédios, engordou 50 quilos propositalmente, adquirindo o peso necessário para submeter-se à cirurgia de redução do estômago. Relata que não se

incomodou com o fato de ter engordado, que “foi feliz para fazer a cirurgia”. Diz ter tomado essa decisão por conta própria, pois sabia que, se parasse com os remédios para emagrecer, voltaria a engordar. Nota-se aqui o vício em álcool e outras drogas, característico de pacientes com estrutura de personalidade *borderline*, e a impulsividade que permeia suas ações.

Aparentava ser uma mulher bem alinhada e preocupada com a aparência pessoal. Sempre vinha às sessões com trajes sociais e maquiagem, pois ia direto para o trabalho em seguida. Queixava-se de cansaço e falta de atenção, associando esses sintomas ao fato de suspeitar que estava anêmica e que isso era muito comum em pessoas que tinham feito a cirurgia bariátrica. Sempre dizia que precisava cuidar da anemia, mas só começou a fazer o tratamento no final daquele ano.

Havia um ano “resolveu que não gostava mais” do marido e saiu de casa, abandonando os filhos. Permaneceu morando sozinha por um período de um ano. Quando “caiu em si”, pediu ao ex-marido para voltar pra casa. Ele aceitou com a condição de que eles não voltariam a ficar juntos, reatando o vínculo conjugal. Porém, longe das crianças, ele a procura e os dois acabam se relacionando sexualmente.

Enquanto estava casada tentou cometer suicídio por duas vezes: na primeira, cortou os pulsos, porém o marido chegou em casa e a levou para o hospital a tempo de ser socorrida; na segunda vez ingeriu uma quantidade excessiva de medicamentos. Conta que vivia boa parte do tempo fora de casa e que brigava bastante com o marido. Em uma dessas brigas, começou a se cortar com os cacos de um vaso quebrado: “Eu não sentia dor. Eu só ficava olhando os cacos entrando e saindo da minha barriga”. Na última “briga feia” (sic) que tiveram, há dois anos, os dois se agrediram fisicamente, três semanas depois se separaram e Luma saiu de casa. Morou sozinha durante um ano, porém a presença do ex-marido em sua vida era constante e eles sempre “acabavam ficando juntos”. No começo do ano pediu-lhe para voltar para casa, pois estava com medo de morar sozinha. Desde então estão morando juntos, mas dormem em quartos separados. Ele a procura regularmente para manterem relações sexuais, mas faz questão de enfatizar-lhe que não irão voltar a ser casados e que logo irá comprar um apartamento para ela morar sozinha.

Além dos problemas de relacionamento com o ex-marido, enfrentava dificuldades com seus filhos, que ainda estavam em fase de readaptação à presença da mãe em casa. Apesar de dizer que declarar o desejo de resolver a situação com o ex-marido, sempre protelava uma definição. la “deixando passar”, na esperança de que as coisas “se resolvessem por si só”.

A maior parte da psicoterapia aconteceu durante o processo de readaptação ao lar. Sentia-se angustiada pela situação conjugal indefinida, mas não tomava uma atitude definitiva em relação ao ex-marido. Devido ao medo da solidão, a possibilidade de viver sem a companhia do ex-marido e dos filhos era sentida como aterrorizante, dado o receio de não conseguir “ter uma vida sozinha”.

Luana tinha bom relacionamento com o filho mais novo, que estava muito feliz com a volta da mãe para casa. Descrevia o filho como uma criança carinhosa, muito apegada ao pai. A filha estava um pouco mais relutante e arredia frente ao retorno da mãe. Muitas vezes destratava a mãe e não gostava quando ela se aproximava do pai. Luana dizia que a filha sentia ciúmes do pai e que, muitas vezes, demonstrava que não estava contente com a presença da mãe em casa. Ao longo da psicoterapia, as duas ficaram mais próximas e a filha passou a procurá-la mais para pedir conselhos ou ajuda na hora de escolher as roupas para sair, demonstrando maior aproximação afetiva.

Ao longo das sessões Luana relatou que, no período entre 14 e 16 anos, sofrera abuso sexual do padrasto, que pensava ser seu pai biológico. Quando revelou para a mãe o que estava acontecendo, ela não acreditou, colocando em xeque sua credibilidade e dizendo que era pra ela “pensar bem no que estava dizendo”. Conta que suas tias diziam que aquele não era seu pai verdadeiro, mas quando questionava a mãe sobre isso, ela dizia que não era pra Luana acreditar no que essas pessoas falavam. Quando a mãe se separou desse homem, Luana tinha 16 anos e tocou novamente no assunto sobre o abuso com a mãe. Dessa vez a mãe lhe pediu perdão por não ter acreditado nela e confessou que, na verdade, aquele homem não era seu pai, mas seu padrasto. No passado, a mãe havia engravidado de outro homem, que não assumiu a criança. Assim, por conveniência, casou-se com este outro, que estava “fugindo” de um noivado. Luana relata que nunca percebeu que havia amor entre os dois. Quando Luana saiu da casa materna, havia

brigado com a mãe e por essa razão não se falavam havia bastante tempo. Luana praticamente não mantém contato com suas irmãs.

A relação de Luana com seu ex-marido também se mostrava bastante infantilizada. Era permeada de mentiras e dependência de ambas as partes. A idéia de “ficar sozinha” era aterrorizante para a paciente, o que sugere o medo da solidão que é descrito como característico do paciente *borderline*. Ao mesmo tempo em que tentava agradar a todos dentro de casa, dedicando ao cumprimento das tarefas domésticas com esmero, na tentativa de agradar a todos e ser aceita novamente como esposa e mãe, Luana mostrava-se insatisfeita com a situação de indefinição conjugal. Por outro lado, escondia dele que ainda bebia nos finais de semana, quando ele e os filhos iam para a casa dos pais dele.

O marido fazia questão de deixar claro para todos, inclusive para os filhos, que eles não tinham voltado, que não estavam juntos de novo. Porém, o fato de que a procurava quando não havia ninguém observando e ela acabar sempre cedendo às suas investidas mostra a imaturidade e ambivalência do vínculo conjugal. Por algumas vezes os filhos já haviam visto os dois se beijando e, quando questionados por eles, sempre dizia que não sabia de nada e que os dois não estavam juntos. Quando Luana tentava tocar no assunto, ele dizia que não era pra ela estragar a situação e que tinha muito medo de que ela voltasse a ser como era antes. Ele mantinha um comportamento bastante dominador em relação a ela. Luana, por sua vez, assumia uma posição submissa, parcialmente compensada pela transgressão secreta do beber compulsivo nos finais de semana.

Luana tinha formação superior em Pedagogia. Lecionou em escola pública por alguns anos, mas deixou o emprego porque ganhava muito pouco e não tinha motivação para ensinar. Relatou que os alunos não tinham vontade de aprender e que não sentia desejo de voltar a dar aulas. Conta que só fez esse curso porque não teria que mudar de cidade para estudar fora. Trabalhou por um período como representante de uma empresa de telefonia móvel, porém se desligou por estar insatisfeita com o trabalho. No momento da entrevista inicial para psicoterapia, Luana tinha conseguido um emprego no setor administrativo de uma empresa. Pouco tempo depois acabou sendo demitida, porém conseguiu outro emprego na mesma área logo após sua demissão. Relatou que gostava bastante dessa área e mostrou desejo de se aperfeiçoar, porém sentia-se muito

incomodada com as atitudes grosseiras que o padrão tinha com a esposa e a filha, que também eram funcionárias da empresa.

Conforme mencionado anteriormente, apesar de estarem oficialmente separados, Luana mantinha vida sexual ativa com o ex-marido, apesar de só ficarem juntos em segredo. Relata que ele sempre teve problemas de ejaculação precoce, mas que já havia se acostumado com a situação, "aprendendo" a ter orgasmos em tempos muito curtos. Algumas vezes contou que tinham gravado alguns vídeos dos dois fazendo sexo.

Ouvindo os relatos, a psicoterapeuta tinha a sensação de que a paciente, ao longo de sua vida, sempre esteve cercada por homens abusadores, mas não demonstrava sentimentos em relação a essas situações, o que sugere um padrão de emoções desconectadas e situações emocionais congeladas. Seu padrasto abusara sexualmente dela por um longo período da adolescência, seu marido colocava-se sempre em posição dominadora, seu ex-chefe a assediou sexualmente quando ela foi buscar seu último pagamento, um motoqueiro a seguiu pela rua e ela acabou aquiescendo com a abordagem, permitindo um beijo, o que evidencia a suscetibilidade a comportamentos impulsivos e a impossibilidade de conter-se em situações em que se sente desejada. Em nenhum momento ela aparentava medo ou receio em relação a essas figuras masculinas abusadoras. O relato desses fatos invariavelmente veio "desconectado" de manifestações afetivas. Usufruía um gozo ao se mostrar submissa aos apelos dos homens.

A mesma atitude ambivalente pode ser vista em relação ao uso crônico de drogas anorexígenas. A paciente referiu que fez uso abusivo de remédios para emagrecer e álcool durante muitos anos, mas que havia parado com a medicação, porém continuava fazendo uso do álcool, principalmente nos finais de semana em que a família ia para outra cidade e ela ficava sozinha em casa.

Outra questão relevante diz respeito às atuações. Já tinha tentado cometer suicídio por duas vezes, cortando os pulsos e tomando remédios. Em ambos os episódios Luana havia discutido com o marido. Relatou que, após as brigas, cortava-se com cacos de vaso quebrado, ou seja, praticava a automutilação. Dizia que não sentia dor e que ficava observando os cacos entrando e saindo de sua pele.

Conforme mencionado, o indivíduo *borderline* se esforça reiteradamente para evitar o abandono, seja real ou imaginado. A perspectiva da separação, perda ou rejeição pode

ocasionar profundas alterações em sua autoimagem, assim como na regulação do afeto, no funcionamento cognitivo e no comportamento. Por não ser capaz de tolerar o sentimento de solidão, mobiliza esforços para evitar o abandono, o que pode incluir ações impulsivas, como automutilação, ameaças e tentativas de suicídio. A inconstância de Luana também pode ser observada em relação ao juízo que tem de si mesma e à percepção que tem de sua vida em geral, com súbitas mudanças de opiniões e planos acerca de seus valores pessoais. As tentativas de suicídio e os atos de automutilação, como cortes e ferimentos, são traços de comportamento impulsivo comuns à pessoa que tem funcionamento *borderline*. Esses atos autodestrutivos geralmente são precipitados por ameaças de separação ou rejeição.

No período final de psicoterapia relatou que estava pensando em começar a tomar as anfetaminas novamente, para que assim pudesse ficar mais "insensível" em relação a sua vida, "sofrendo menos". A psicoterapeuta relacionou esse *acting out* com a proximidade do término do vínculo terapêutico, previsto para o final do ano letivo.

Suas idéias sobre futuro estavam sempre associadas ao fato de realmente "voltar ou não" com o ex-marido. Muitas vezes demonstrou o desejo de se fortalecer na psicoterapia para, finalmente, conseguir se posicionar frente ao ex-marido. Dizia durante as sessões que achava que os dois não iam voltar e que tinha que se conformar que iria morar sozinha em um apartamento, mas que isso não a impediria de continuar sendo mãe, que ainda poderia cuidar dos filhos. Outras vezes – geralmente em sessões consecutivas, o que é indício de sua inconstância e das súbitas mudanças de opiniões e planos – achava que era melhor esperar mais um pouco para tomar alguma decisão, alegando que o ex-marido estava "amolecendo" e que ela sentia que estava participando mais da vida dele.

No início da psicoterapia a paciente apresentava uma postura mais passiva dentro de casa, pois dizia que tinha que aceitar as malcriações dos filhos e a indiferença do ex-marido, pois já tinha feito todos sofrerem muito, porém estava insatisfeita com a situação doméstica. Tinha dificuldades em expor o que sentia e "deixava que a situação a levasse", para ver o que aconteceria, na esperança de que algo melhorasse. Ao longo da psicoterapia, Luana pôde adquirir uma postura mais ativa e questionadora, sentindo-se mais responsável pelas mudanças que gostaria que ocorressem em sua vida. Promoveu diversas tentativas de conversar com o ex-marido a respeito da situação do casal,

demonstrando sua insatisfação e seu desejo de que os dois voltassem a ficar juntos. Por algumas vezes relatou sentir-se mal depois do ato sexual, sentindo-se “usada por ele” (sic). Isso é sugestivo de que, apesar do abrandamento do sentimento de vazio interno, persistiam os sentimentos de menos-valia e desamparo, predominando uma visão desqualificadora em relação aos seus valores pessoais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso investigado, foi possível constatar que a paciente auferiu um bom aproveitamento do processo de psicoterapia psicanalítica. As intervenções que se mostraram mais benéficas foram do tipo apoio e reasseguramento, visando o reforçamento de defesas mais integrativas e à estabilização das funções egóicas responsáveis pela regulação afetiva. As intervenções interpretativas foram evitadas ou utilizadas com bastante parcimônia, em virtude do estado de fragilidade emocional da paciente. Ela foi encaminhada para atendimento em consultório particular, com a mesma psicoterapeuta que a atendera enquanto profissional-em-formação. A paciente mostrou-se de acordo com o encaminhamento e endossou a necessidade de continuar em psicoterapia, o que é indicativo do estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, considerando que se trata de uma estrutura de personalidade de difícil acesso.

REFERÊNCIAS

ARMONY, N. O espaço do borderline na teorização winnicottiana. Disponível em: <http://www.joseouteiral.com/textos/o_espaco_do_bordeline_na_teorizacao_winnicottiana%5B1%5D.doc>. Acesso em 10 out 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2002). **DSM-IV-TR™ – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos alimentares: Texto revisado** (C. Dornelles, Trad.) (4. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM IV.** Trad. Luciana N. de A. Jorge, Maria Rita Secco Hofmeister. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GREEN, A. **Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

KERNBERG, O. F., SELZER, M. A., KOENIGSBERG, H. W., CARR, A. C., APPELBAUM, A. H. **Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.** New York: Basic Books, 1987.

REGHELIN, M. M. O Transtorno Borderline de Personalidade. **Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade,** n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo86.pdf>. Acesso em 10 out 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Tradução David Bolomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.