



ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL

ISBN 978-85-86736

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

(Organizadoras)

apoio

realização

USP



FAPESP

Vetor
editora

**LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO E
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG**

**ANAIS DA XI JORNADA APOIAR-
ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E
SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL**

REALIZAÇÃO

PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO

UNIVERSITÁRIA DA USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA
CLÍNICA SOCIAL**

APOIO:

FAPESP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

Catlogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (11.: 2013: São Paulo)

Anais da XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL realizada em 22 de novembro de 2013 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania Maria José Aiello Vaisberg - São Paulo : IP/USP, 2013.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-56-8

1. Psicologia clínica 2. Identidade 3. Adolescência 4. Clínica I.

Título.



RC467

APRESENTAÇÃO

XI JORNADA APOIAR - ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL-

Essa é a décima primeira Jornada que realizamos e deverá ocorrer no dia 22 de novembro de 2013, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo. E mais uma vez a Jornada APOIAR desenvolvida pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), é realizada sem ônus aos participantes, tendo sempre um número significativo de assistentes e pesquisadores, e desde o ano de 2008 transmitido ao vivo, on line, pelo sistema IPTV.

O Laboratório constitui-se como espaço propiciador da integração entre ensino, pesquisa e prática clínica, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação e proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduandos e para articulações teóricas de docentes e pesquisadores.

O Laboratório, que completa 21 anos, realizou nos primeiros dez anos eventos acadêmicos abertos ao público em geral, focalizando os temas “proposições de cuidado psicológico a pacientes psiquiátricos desospitalizados” e “investigação em psicanálise”. Desde então, mantém também publicação que congrega artigos de estudiosos vinculados aos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Psicologia Clínica, de pesquisadores de instituições internacionais com as quais mantém convênio, textos remetidos de forma espontânea por representantes do pensamento psicanalítico contemporâneo, além de trabalhos oriundos dos eventos científicos sob sua organização: os Cadernos Ser e Fazer.

Em 2003, a aposentadoria da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg implicou na passagem da coordenação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social para a responsabilidade da Professora Livre Docente Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo. As novas diretrizes permitiram a manutenção da continuidade dos trabalhos de pesquisa e atendimento no âmbito da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação,

Simultaneamente, o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social veio a conhecer, sob a orientação da Professora Tardivo, uma destacada ampliação, a partir da criação de um novo serviço e projeto amplo, o Apoioar que, entre muitas realizações, mantém a realização de Jornadas anuais, que já se tornaram uma referência em sua área de conhecimento.

Dessa forma, o APOIAR se constituiu como um amplo serviço e projeto inserido no Laboratório que é composto de diversos projetos. Foi criado em 2002, consolidado em 2003, e a cada ano a equipe que o compõe apresenta uma Jornada temática. Nessas Jornadas convidamos palestrantes de instituições, universidades e organizações, do Brasil e de outros países, como esse ano, de forma presencial e on line. Além das palestras e comunicações trazidas pelos convidados, na Jornada são divulgados na forma de painéis projetos e propostas desenvolvidas pelos membros do APOIAR, da Ser e Fazer que atuam sob a orientação e supervisão de docentes do IPUSP. Vimos abrindo um espaço para a divulgação de trabalhos desenvolvidos por membros, estudantes, de outros Laboratórios do IPUSP e seus orientadores. E também contamos com trabalhos e projetos (apresentados na forma de painéis) de estudantes com seus orientadores e pesquisadores de outras universidades e instituições. Essa participação mais ampla de trabalhos se apresenta como uma decorrência do desenvolvimento que vem ocorrendo nesse evento que chega a sua décima primeira edição.

O APOIAR, inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, vem desenvolvendo sua função de forma coerente com a vocação da universidade pública, ou seja: visa a produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços à comunidade, sendo que a décima primeira jornada manifesta muito vivamente esse tríptico vocação. Nesse ano, teremos a presença de parceiros dos países: Estados Unidos, Chile, Mexico além de autoridades brasileiras na temática da adolescência.

Teremos a abertura com a presença da Diretoria do IPUSP na pessoa do Professor Titular Gerson Tomanari, e a Vice Presidente da Comissão de Cultura e Extensão do IPUSP, docentes do Instituto que vem acompanhando o percurso do Laboratório desde sua implantação.

Nesse ano a Jornada será composta por dois simpósios, que serão compostos por quatro apresentações cada uma. Assim, o primeiro terá a participação de parceiros internacionais: a Dra. Pamerla Foeschl que já exerce a função de professora convidada da USP, e que trará resultados do projeto amplo internacional que ela coordena, na área da adolescência e identidade. Contamos com as apresentações de parceiros internacionais, que desenvolvem trabalhos e projetos com adolescentes e fazem parte do mesmo grupo, como o Professor Doutor Moisés Kassin Nahmad do México e o Professor Andrés Borzutzky Hernández do Chile. . Assim também apresentaremos resultados das investigações sobre a temática desenvolvida em nosso meio e o simócio será coordenado pelo Professor Doutor Antonio Augusto Pinto Junior.

Trabalhos avaliados previamente pela Comissão Científica serão apresentados na forma de painéis, os quais ficarão expostos durante o evento na sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP, sendo uma hora do programa, destinada à visita e ao diálogo com os autores que estarão junto de seus trabalhos expostos. Uma Comissão de docentes deverá também avaliá-los e premiar os três melhores, de forma a estimular estudantes de graduação e pós graduação que na importante atividade de divulgar seus trabalhos, sob a orientação de Professores Doutores.

O segundo simócio coordenado pela Professora Dora Salcedo contrará com a participação do Coordenador da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Exmo. Sr. Desembargador Dr. Antonio Carlos Malheiros, o Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito Samuel Karasin, membro integrante da Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a Dra. Albertina Duarte Professora Associada da Faculdade de Medicina da USP e Coordenadora do Programa da Adolescência da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, e da Professora Livre Docente Tania Vaisberg que abordarão o tema da adolescência e sofrimento no Brasil.. Como nas Jornadas anteriores, o conteúdo das palestras, dos Simpósios, dos painéis será reunido em uma publicação, com ISBN, que será inscrito pela primeira vez no Scielo Proceedings, e deverá expressar idéias dos distintos autores, que trazendo suas reflexões nos estimulam a pensar e a desenvolver nossos trabalhos.

A XI Jornada APOIAR é proposta dessa forma , como uma contribuição para que, a partir de embasamento teórico sólido, se possa desenvolver a investigação, a prevenção e a intervenção no campo da Psicologia Clínica Social. Dessa forma, o evento assim se justifica, pela sua importância, pelos temas abordados, pelos professores estrangeiros e nacionais convidados, o apoio da FAPESP se justifica, e se reveste da maior relevância, uma vez que todas as atividades são desenvolvidas sem custo para os participantes. E, dessa forma, será possível atingir um maior número de participantes.

Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

**Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –
PROJETO APOIAR**

Presidente da Comissão Científica da XI JORNADA APOIAR

OBJETIVOS DA XI JORNADA APOIAR

- Adotando como tema " ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL - a XI Jornada Apoiar tem como objetivo focalizar pesquisas recentes sobre a situação dos adolescentes em nosso meio e em outros países, como propostas que podem embasar demandas da clinica psicológica atual.
- Visa, também, constituir-se como espaço de divulgação e discussão sobre pesquisas voltadas ao estudo de varias problemáticas especificamente sobre a adolescência e, ao mesmo tempo, de outros temas relacionados à saúde mental e à clínica social
- Receber e aprender, a partir da experiência de notáveis professores e pesquisadores internacionais da área da psicologia e da psicopatologia, com temas voltados para a adolescência, a Profa Dra Pamela Foeschl, da Universidade de Cornell (E.U.) o Prof. Dr. Moisés Kassin Nahmad do Mexico e o Professor Andrés Borzutzky Hernández do Chile
- Promover o aprendizado e troca de experiências com o Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito Samuel Karasin, e a Professora Associada Albertina Duarte, Coordenadora do Programa da Adolescência da Secretaria de Saúde de São Paulo, que trarão sua vasta experiência na temática da adolescência brasileira
- Abrir um espaço de divulgação de propostas e trabalhos; desenvolvidas por organizações dedicadas ao estudo e à atenção em psicologia clínica e à saúde mental; se constituindo ainda objeto de intercâmbio científico e profissional com todos os presentes.
- Elaborar uma publicação, com ISBN a partir de toda essa intensa atividade; a fim de ampliar a divulgação dos temas abordados na XI Jornada.
- Desenvolver todas essas atividades, junto à comunidade USP, bem como aos interessados de outras universidades e instituições, sem qualquer ônus aos participantes.

PROGRAMA – 22 DE NOVEMBRO DE 2013

8h00h– Distribuição de material

8h30 – Abertura: Professores Titulares.Gerson Tomanari, Yvette Piha Lemann -
representantes do APOIAR e da ser e Fazer

9h30 – 1º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE

"Identity Development in Adolescents: implications for psychotherapy techniques"
(Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes: Implicações para Técnicas de
Psicoterapia) - Profa Dra Pamela Foeschl

*La identidad como elemento principal en la organización de la personalidad: aspectos
psicodinámicos en adolescentes mexicanos en conflictos con la ley -* (A Identidade como
elemento principal na organização da personalidade : aspectos psicodinâmicos em
adolescentes mexicanos em conflito com a lei) Prof Dr. Moisés Kassin Nahmad

*El impacto del consumo de Alcohol y Drogas en el Desarrollo de la Identidad Adolescente
- Tratamiento de la Identidad y Adicción-* (O Impacto do Consumo de Álcool e Drogas no
Desenvolvimento da Identidade Adolescente) Tratamento da Identidade e Adições - Prof.
Andrés Borzutzky Hernández

*Desenvolvimento na Identidade em adolescentes brasileiros: vítimas de violência e
infratores: resultados, prevenção e intervenção-* Profa Associada Leila Cury Tardivo
Coordenação: Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior – Universidade Federal Fluminense

11h30 - POSTERES (sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP)

12h30 – 13h30 – Intervalo para almoço

13h30 – APRESENTAÇÃO CULTURAL - GRUPO DE CASAIS –LIGA SOLIDÁRIA

14h30- 2º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO NO BRASIL

Adolescência - atuação em contexto jurídico na garantia de direitos , - Dr. Juiz de Direito
Samuel Karasin,

O Programa do Adolescente e as Casas dos Adolescentes de São Paulo- Professora
Associada Albertina Duarte,

Adolescência, Sofrimento Emocional e Experiência de Injustiça- Professora associada
Tania Aiello Vaisberg

COORDENAÇÃO - Dora Mariela Salcedo Barrientos – EACH USP

17h00 –PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES E ENCERRAMENTO- Leila Tardivo e Tania
Vaisberg

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Coordenadora: Dora Mariela Salcedo Barrientos (EACH USP – Brasil)
Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP
Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP
Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal do Grande Dourados (MS)
Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP
Claudia Aranha Gil Universidade São Judas
Gláucia Ferreira de Menezes – Universidade Federal de Fortaleza
Irani Tomiattode Oliveira – Universidade Anhembi Morumbi
Jose Tolentino Rosa - IPUSP
Laura Carmilo Granado - Universidade São Judas
Lucilena Vagostello – Universidade São Judas
Marilia Martins Vizzotto – UMESP
Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU
Manoel Antonio dos Santos – FFCLRP – USP
Tania Granato - PUC DE CAMPINAS
Fabiana Follador e Ambrosio

COMISSÃO ORGANIZADORA

Luiz Tadeu Gabriel Filho
Christiani Tironi
Lucia Valle
Márcia Aparecida Isaco de Souza
Marcelo Soares Cruz
Paula Miura
Roberta Elias Manna

Raquel B M Younes
Rodrigo Jorge Salles
Aline Vilarinho Montezzi
Loraine Seixas
Yara Malki

Comissão de Apoio: Membros do
APOIAR e estudantes de graduação
IPUSP

SUMÁRIO DE CONTEÚDOS

AUTORES	TITULO DO TRABALHO	PÁGINA
1º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE		17
Pamela Foeschl	IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS: IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY TECHNIQUES	18
Moisés Kassin Nahmad	LA IDENTIDAD COMO ELEMENTO PRINCIPAL EN LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD: ASPECTOS PSICODINÁMICOS EN ADOLESCENTES MEXICANOS EN CONFLICTOS CON LA LEY	23
Andrés Borzutzky Hernández	EL IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD ADOLESCENTE - TRATAMIENTO DE LA IDENTIDAD Y ADICCIÓN-	42
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	DESENVOLVIMENTO NA IDENTIDADE EM ADOLESCENTES BRASILEIROS: VÍTIMAS DE VIOLENCIA E INFRATORES: RESULTADOS, PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO-	43
2º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO NO BRASIL		51
Professora Associada Albertina Duarte,	O PROGRAMA DO ADOLESCENTE E AS CASAS DOS ADOLESCENTES DE SÃO PAULO	52
Professora Associada Tania Aiello Vaisberg	ADOLESCÊNCIA, SOFRIMENTO EMOCIONAL E EXPERIÊNCIA DE INJUSTIÇA	53

SESSÃO DE PÓSTER		66
SER E FAZER		67
Tânia Aiello-Vaisberg Maria Camila Mahfoud Marcoccia	"O BATOM E O PÃO": DIÁLOGOS ENTRE A EXPERIÊNCIA ELEMENTAR E O ESTILO CLÍNICO SER E FAZER	68
Fabiana Follador e Ambrosio Maria Julia Souza Chinalia Tânia Maria José Aiello Vaisberg	<i>CADÊ O LEITE DO MEU NETO?": A RELAÇÃO ENTRE OS CRIMES DE BAGATELA E O SOFRIMENTO SOCIAL</i>	93
Andrea de Arruda Botelho-Borges TomirisForner Barcelos Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	LEAL A SI MESMO: UM DIÁLOGO COM O FILME 'MEU TIO MATOU UM CARA	104
Gisela Furquim Miriam Tachibana Tânia Maria José Aiello Vaisberg	HUMILHAÇÃO: PERVERSÃO OU PROTEÇÃO?	114
Marcela Casacio Ferreira-Teixeira	ADOÇÃO E HOMOPARENTALIDADE: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	125
Natália Del Ponte de Assis Fabio Riemenschneider Elisa Corbett Priscilla Figueiredo Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES SOBRE RELAÇÕES ENTRE IDOSOS E ADOLESCENTES	134
WalkíriaCordenonssi Cia Fabiana Follador e Ambrosio Tânia Maria José Aiello Vaisberg	QUANDO É QUE ISSO VAI ACABAR?": A DIFÍCIL DECISÃO DA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO DE UM BEBÊ COM MALFORMAÇÃO FETAL	151
Cristiane Helena Dias Simões Miriam Tachibana	O IMAGINÁRIO COLETIVO DE TÉCNICOS ENFERMAGEM SOBRE O PACIENTE PSIQUIÁTR	161
Fabiana Follador e Ambrosio Rafael Aiello-Fernandes Tânia Aiello-Vaisberg	PESQUISANDO SOFRIMENTOS SOCIAIS COM O MÉTODO PSICANALÍTICO: CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS	174
Lia Raquel Posi Rafael Aiello-Fernandes Tânia Aiello-Vaisberg	CONVIVIALIDADE E DISCRIMINAÇÃO: LEMBRANÇAS DE UM IDOSO SOBRE FESTAS DE JUVENTUDE	189
Natália Del Ponte de Assis Cristiane Helena Dias Simões Tânia Aiello Vaisberg	O ESTILO CLÍNICO "SER E FAZER" ATENDIMENTOS DOMICILIARES	197

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

Elisa Corbett Priscilla Figueiredo Tânia Maria José Aiello-Vaisberg	“TER AMOR” E OUTROS CAMPOS: ESTUDO PSICANALÍTICO DA (DES) ESPERANÇA EM CANÇÕES DE CHICO BUARQUE DE HOLLANDA	207
APOIAR		217
Gislaine Martins Ricardo Passarini Loraine Seixas Ferreira Paula Orchiucci Miura Rui Alexandre Paquete Paixão Dora Salcedo Barrientos Leila S.L.P.C. Tardivo	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E TOXICODEPENDÊNCIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DISCUSSÃO A PARTIR DE DADOS DA LITERATURA	218
Christiani Martins Rodrigues Tironi Leila S.L.P.C. Tardivo	A VIOLÊNCIA NO CONTEXTO FAMILIAR: RELAÇÕES E TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL	228
Erick Hideki Toledo Christiani Martins Rodrigues Tironi Leila S.L.P.C. Tardivo	O JOGO DAS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA APRESENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.	241
Márcia Aparecida Isaco de Souza José Tolentino Rosa Leila S.L.P.C. Tardivo	A CONTRIBUIÇÃO DA COMUNICAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM DOR CRÔNICA, NA PERSPECTIVA DE BION E MATTE-BLANCO	253
Patricia Moser Montini Albertina Duarte Takiuti Leila S.L.P.C. Tardivo	EXPERIÊNCIA COM GRUPOS DE ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE	277
Gislaine Martins Ricardo Passarini Maria Aparecida Mazzante Colacicco Leila S.L.P.C. Tardivo	O SELF VIOLADO: A COMUNICAÇÃO POSSÍVEL EM PSICOTERAPIA DE UM MENINO VITIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	289
Loraine Seixas Ferreira Paula Orchiucci Miura Leila S.L.P.C. Tardivo Dora Mariela Salcedo Barrientos	A EXPRESSÃO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA E DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA	301
Elisa Bernal Isabel G. Lopes Schvartzaid Karina Simões Parente Silvia Teresa Collakis Maria Aparecida Mazzante Colacique; Yara Malki Leila S.L.P.C. Tardivo	CONFLITOS DA ADOÇÃO DE CRIANÇAS ENTRE FAMILIARES.	310
Luiz Tadeu Gabriel Filho Patrícia Beretta Costa Leila S.L.P.C. Tardivo	UMA PROPOSTA DE MAPEAMENTO E INTERVENÇÃO ANTE AO USO E CONSEQUENCIAS DE USO DE ÁLCOOL E DROGAS EM UMA ONG PAULISTANA	324

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

Claudia Rodrigues Sanchez Maria Aparecida Mazzante Colacique Yara Malki Leila S.L.P.C. Tardivo	A TRAMA DO TRAUMA - RELATO DE UM CASO CLINICO DE VIOLÊNCIA E ABUSO	337
Heloísa Calemi Tonello Maria Aparecida Mazzante Colacique Yara Malki Leila S.L.P.C. Tardivo	O CONTEXTO REAL E O FAZ-DE-CONTA DE UMA CRIANÇA ABRIGADA NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO	346
Maria Aparecida Mazzante Colacicco Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo Rui Alexandre Paquete Paixão	EFEITOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO	355
Rodrigo Jorge Salles Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	O VALOR DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DA DEPRESSÃO	376
Dora Salcedo Barrientos Paula Orchiucci Miura Marina Gemma Bruna Almeida Silva Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	A PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DIANTE DA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	391
INSTITUIÇÕES CONVIDADAS		402
Rosa Maria Lopes affonso Amanda Fornaciari Augusto Nayara Rosa	DISTÚRBIO DE SOCIALIZAÇÃO NA ADOLESCENCIA E A DESESTRUTURAÇÃO FAMILIAR	403
Antonio Augusto Pinto Junior; Samantha Machado da Silva; Greicy Karla Teles Pereira Moreira; Karen Aparecida Torres de Souza; Fernanda Aline de Souza.	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO DA LITERATURA	414
Rosa Maria Lopes Affonso Leila Cury Tardivo	RELATOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM ENTREVISTAS DE ANAMNESE INFANTIL	423
Ana Clara Gava Martins Giovana Telles Jafelice Mariana Matteucci	RPG COMO CÓDIGO ENTRE ADOLESCENTES E TERAPEUTAS: UMA EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	438

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

Rosa Maria Lopes Affonso Sansorai de Oliveira Rodrigues Coutinho	A DIFICULDADE COGNITIVA DE UMA ADOLESCENTE COM SÍNDROME VELOCARDIOFACIAL E A DINÂMICA FAMILIAR	447
Joana M. Shikanai Kerr, Gilda d'agostino Eugui Lélia Fernandes Souza Caio Fabio S. Portella, Cláudia Fernanda Padovan, Rosana Ramos Poço, Alzira C.Leal,,Adelson Prado,Albertina D. Takiuti	CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA PÍLULA DO DIA SEGUINTE	459
Maria Solange Siqueira Leila Cury Tardivo	O USO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES DE MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: DIAGNÓSTICO E BASES PARA PREVENÇÃO	466
Marília Vizzotto; Grazielle Ribeiro Kedma Lima	ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: RELATO DE UM CASO	476
Wirla França Del ´Aguila Marck de Souza Torres Leila Cury Tardivo	A PERVERSÃO EM MULHERES – REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO	487
Fatima Duarte, Albertina Duarte Takiuti, Mei Stephanie Yau, Mayara de La Salvoto, Irvany Maria Bedaque Ferreira Frias,, Natalia Maria Pereda, Rosangela Crica Saccheta, Adelson Quantas Padro	MULHERES INVÍSÍVEIS DESEMBRULHANDO SEUS VÉUS NO SÁBADO SEM BARREIRAS	494
Fatima Duarte, Albertina Duarte Takiuti, Mei Stephanie Yau, Mayara de La Salvoto, Irvany Maria Bedaque Ferreira Frias, Natalia Maria Pereda, Rosangela Crica Saccheta, Adelson Quantas Padro	MULHERES INVÍSÍVEIS E SUAS FALAS CALIGRAFADAS NO SÁBADO SEM BARREIRAS	514
Marck de Souza Torres Samara Carlos Melo Saar Jaqueline Frota Pinheiro Pádua Custódio B. da Silva Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA PARA O TRABALHO COM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM RIO BRANCO - RELATOS DE EXPERIÊNCIA	530

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

Gracyelle Lula de Oliveira Marck de Souza Torres Leila Cury Tardivo	O TRABALHO DO LUTO NA CRIANÇA – ESTUDO DE CASO	540
Mônica Ramos Daltro Aicil Franco Milena Pereira Pondé	QUERO SER HOUSE : UMA DISCUSSÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE IDENTIDADE DO ESTUDANTE DE MEDICINA	550
Antonio Augusto Pinto Junior; Karen Aparecida Torres de Souza; Elisa Pereira Sá Pinto; Samantha Machado da Silva; Greicy Karla Teles Pereira Moreira; Janielly Gonçalves dos Santos; Fernanda Aline de Souza; Mariana de Faria Calefi; Grazielle Akerman Fraga P. Mello; Elizangela Aparecida da Silva; Natasha Sofia Reis Balbino; Edson Dias Barbosa Junior; Fernanda de Sá Oliveira; Tila Galantini de Souza; Caroline Francisca Littig Pinto; George Mendonça da Costa	AÇÕES DE COMBATE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR MEIO DE ENCONTROS DE SENSIBILIZAÇÃO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VOLTA REDONDA/RJ	556
Claudia dos Santos Lima .Maria Geralda Viana Heleno	CONFLITOS ESCOLARES SOB O ENFOQUE DA JUSTIÇA RESTAURATIVA	565
Lilian Regiane de Souza Costa Manoel Antônio dos Santos	RELAÇÃO PAI-FILHA NA PERSPECTIVA DE FILHAS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES	580
Irila de Souza Itani Cavalcante Marck de Souza Torres Leila S. P. Cury Tardivo	ESTUDO SOBRE A AGRESSIVIDADE INFANTIL	591
Rosa Maria Lopes Affonso Lucy Lilian Sposito Anne Prado de Faria	DINÂMICAS DE ADOLESCENTES E PAIS NO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: A PROFISSÃO COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA	603
Marina Noronha Ferraz de Arruda Colli Elisa Maria Perina Manoel Antônio dos Santos	VIVÊNCIAS DE UM ADOLESCENTE DIANTE DA SEGUNDA RECIDIVA ONCOLÓGICA: ESTUDO DE CASO	619
Tereza Elizete Gonçalves Sandra de Freitas Pedrosa Nascim Giullia Suelen Ferreira Barbosa	UMA EXPERIENCIA DE RESPONSABILIZAÇÃO EM TERMOS DA SEXUALIDADE DENTRE UM PÚBLICO JOVEM	629

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

Irvany Maura Bedaque Ferreira Frias; Natalia Maria Pereda; Danilo Alberti dos Santos; Liliane Ribeiro; Ione de Freitas Julien; Dra. Gilda D'Agostino Eugui; Albertina Duarte Takiuti e Edmund Caracat	TÔ BEM NA FITA!" UMA ABORDAGEM COM ADOLESCENTES E JOVENS COM RELAÇÃO AO SEU PESO NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	638

1º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE

***IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS: IMPLICATIONS FOR
PSYCHOTHERAPY TECHNIQUES***

**DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE EM ADOLESCENTES:
IMPLICAÇÕES PARA TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA) –**

Profa Dra Pamela Foeschl

The presentation to focus on is the specific developmental needs of adolescents and psychotherapy treatment techniques to meet those needs, as we have done in AIT.

It will be used a lot of clinical video material to illustrate this presentation.

A apresentação deverá focalizar as necessidades específicas de desenvolvimento de adolescentes e técnicas de tratamento de psicoterapia para atender a essas necessidades, como fse porpõe da Psicoterapia de Adolescentes com Foco na Identidade (AIT) .

Será utilizado material clínico em vídeo para ilustrar esta apresentação.

ADOLESCENT IDENTITY TREATMENT

Paulina Kernberg elucidated a model for understanding identity pathology in children and adolescents (Kernberg et al. 2000). Her emphasis was on the need to differentiate those with normal identity crisis in adolescence from those with identity diffusion. Identity crisis usually resolves into a normal, consolidated identity with flexible and adaptive functioning; whereas identity diffusion is viewed as the basis for subsequent personality pathology, including BPD, leading to a broad spectrum of maladaptive and dysfunctional behaviors. In 2005, a clinical supervision study group co-led by Drs. Paulina Kernberg and Pamela Foelsch, began to study how to modify Transference Focused Psychotherapy for

adolescents. What follows is a brief summary of treatment. A treatment manual for AIT will soon be published.

The **assessment procedure** of AIT follows the standard psychiatric evaluation format, with two modifications: (1) inclusion of the family, with particular emphasis on parental transference; and (2) a systematic evaluation of the patient's personality functioning. The family plays an integral role in the assessment and differential diagnosis of the adolescent. In addition to providing the patient's developmental history and other pertinent information, their presence allows us to assess the family dynamics and their potential impact on treatment.

In our research, we have developed the Assessment of Identity Development in Adolescents (AIDA; Goth et al. 2012) is a self-report instrument consisting of 58 items on a 5 point Likert scale that differentiates two aspects of identity, continuity and coherence, essential to differentiating normal identity from identity crisis or diffusion.

During the assessment, limits of the parent's knowledge about normal adolescent development and parenting are often revealed. When this occurs, **psychoeducation** is provided to promote understanding of the normal developmental tasks of adolescence as well as the areas in which their child is having difficulty. Four areas are typically addressed: Communication and Relationship Building and Maintaining, Limit Setting, Safety/Rescue/Judgment/Autonomy, and Affect Management.

The primary purpose of the **contract** is to define the treatment frame, the parameters for the work and establish a collaborative working relationship. The contract provides the concrete expectations for behavior (both the patient and the therapist) and contains behavior and affects. The contract also provides a common, agreed upon, frame of reference from which deviations can be observed and interpreted. A family contract is added to structure support for the treatment while engaging parents in effectively parenting an adolescent. Additionally, the parental transference predispositions that could interfere with the parents' ability to support the treatment are discussed and expectations about how to manage them are agreed upon.

There are some **general aspects of the treatment** that are particularly important to working with adolescents and permit the successful application of the specific strategies,

tactics and techniques. One aspect is the therapist's attitude. There are three attitudes that optimally support the therapeutic process, openness and acceptance (genuineness and warmth as a human being) within the treatment structure (good boundaries), optimism (holding a positive mental representation of the adolescent), and curiosity and interest in wanting to know the adolescent as a person (not just within the context of their pathology). Additionally, the therapist must foster within the adolescent, at a minimum, an attitude of *benign skepticism*, with respect to the therapist. Just as the therapist must have an "optimism" regarding the adolescent, the adolescent must have (as a minimum) an attitude of "benign skepticism" toward the therapist. We do not expect them to trust us from the beginning, but rather to accept us as "benign" and to remain somewhat "skeptical" until the consistent attitude of interest and helpfulness develops into a mutual trust and working alliance.

Therapists must also be able to maintain a position of **technical neutrality**, in relation to the adolescent and to the parents as well. A therapist who intervenes from a position of technical neutrality avoids siding with any of the forces involved in the patient's conflicts. Neutrality means maintaining the position of an observer in relation to the patient and his/her difficulties. When working from a position of technical neutrality the therapist is aligned with the patient's "observing ego".

In addition to common general principles of therapeutic attitude and intervention, there is a **hierarchy of thematic priorities** that guide selection of the content for exploration. The content is selected based on safety and treatment threat as well as interference with the transference exploration. In order of priority these include: suicide or homicide threats, threats to treatment continuity (e.g. requests to meet less often), dishonesty or deliberate withholding in sessions (e.g., lying to the therapist, refusing to discuss certain subjects, silences occupying most of the sessions), contract breaches (e.g., failure to take prescribed meds), in-session acting out (e.g., abusing office furnishings, refusing to leave at the end of the session, shouting), narcissistic resistances, non-lethal between-session acting out, and non-affective or trivial themes.

The **interpretation process** of clarification, confrontation, and interpretation are the primary techniques utilized to bring the split, part dyads into awareness so they can be

differentiated and ultimately integrated into whole “good enough” (integration of the positive and negative affective experience) self and other representations and thus develop identity integration. Interpretation starts with the here-and-now experience of the adolescent, i.e. his/her perception of the moment in the context of the relationship with the therapist as well as with others (e.g. friends and family), usually in the extra-transferential relationship, prior to bringing it directly into the transference. Interpretation then goes on to consider what is not on the surface in the moment but is known from the non-verbal communication or countertransference in the moment as well as what has occurred in other moments between the adolescent and therapist. Interpretation takes the adolescent one step beyond her/his current level of awareness by engaging in the process of reflection (requires supplying initial “building blocks” where language is limited).

The emphasis of clarification is the understanding and identification of the self-state in the moment, which is the activation of the underlying object relation dyad in the transference. This beginning awareness is the first level of mentalization, and includes understanding countertransference as a part of patient’s internal state as well as elaborating the adolescent’s understanding of therapist. This occurs primarily in the identifying the affect in the here and now moment. The identification is with *the entire relationship*, not just with the self-representation or the object representation. The dyad exists within the individual and its basic impact is on self relating to self, although it regularly gets played out between self and others. This is why it is often useful to begin the exploration in these extra-transferential relationships, where the immediate defense is less likely to be activated, and exploration in a lower affect state (permitting increased cognitive capacity for processing and understanding) can occur. Bringing these experiences into awareness and fostering integration of what was once a segregation of one dyad from another, leading to both differentiation of self and other and integration of self leading to a resolution of identity diffusion, decreased symptoms and improved functioning.

There is an international clinical **research** group, dedicated to assessment and treatment of adolescents and their families with personality pathology. A randomized-controlled trial of AIT revealed first encouraging results and will soon be completed (for more information see <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00571571>).

References

- Foelsch, P.A., Odom, A., & Kernberg, O.F. (2008) Treatment of Adolescents with Identity Diffusion: A Modification of Transference Focused Psychotherapy, *Santé mentale au Québec*, 33(1), 37-60.
- Foelsch, P.A., Odom, A.E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., & Kernberg, O.F. (2008). Treatment of adolescent patients with identity diffusion: A modification of Transference Focused Psychotherapy (TFP). *Persönlichkeitsstörungen*, 12: 153-162.
- Goth K, Foelsch P, Schlüter-Müller S, Jung E, Pick O, Birkhölzer M, Schmeck K (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6:27. Published online: 19 July 2012 | DOI:10.1186/1753-2000-6-27.
- Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2011) Modelo de la Psicoterapia Centrada en la Transferencia en la Modificación de Adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 7-40.
- Kernberg PF, Weiner A, Bardenstein K (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.

Contact

New York, USA

Pamela Foelsch, PhD, Weil Medical College of Cornell University,
pfoelsch@med.cornell.edu

**LA IDENTIDAD COMO ELEMENTO PRINCIPAL EN LA ORGANIZACIÓN
DE LA PERSONALIDAD: ASPECTOS PSICODINÁMICOS EN
ADOLESCENTES MEXICANOS EN CONFLICTOS CON LA LEY**

**A IDENTIDADE COMO ELEMENTO PRINCIPAL NA ORGANIZAÇÃO DA
PERSONALIDADE: ASPECTOS PSICODINÂMICOS EM ADOLESCENTES
MEXICANOS EM CONFLITO COM A LEI**

. Moisés Kassin Nahmad

Universidad Iberoamericana

Instituto Mexicano de Estudios de los Trastornos de Personalidad

Resumen.

La adolescencia puede ser una etapa crucial de la vida cuando representa la disyuntiva entre asumir o desafiar los códigos que rigen el orden social. Se trata de una decisión sostenida desde la propia personalidad, en cuya base está la identidad misma. Entender esto, implica indagar no sólo en cómo concibe sus actos un adolescente que elige desafiar la ley, sino reflexionar en cómo se concibe a sí mismo como individuo, y esto significa que el desafío bien puede ocurrir desde distintos lugares: desafiar y entrar en conflicto con la ley desde la ignorancia, el desconocimiento pleno de las consecuencias de los propios actos y la precariedad, hacerlo desde la intensidad emocional sin filtros ni restricciones, desde la fanfarronería temeraria como acto teatralizado que le gane un lugar en el grupo de pares, desde la repetición de conductas aprendidas e internalizadas, desde la convicción de que se hace porque se puede hacer y no hacerlo sería absurdo, etc. Todas estas

motivaciones pueden derivar en lo mismo, pero obedecen a causas distintas y por lo tanto deberían mirarse distinto en términos diagnósticos, pronósticos y, por tanto, de intervención: Podemos entender que un adolescente cuyo comportamiento se sustenta en una endeble construcción de su identidad, bien podría tener un mejor pronóstico si se lo ayuda con la tarea de hallar, entender y trabajar en quién es él mismo y qué lo hace distinto de los otros, y en qué hace a los otros distintos de otros; pero, por otra parte, a un adolescente que tiene un identidad clara y definida apuntando en perjuicio de los demás, difícilmente se le podrá ofrecer un intercambio de identidad. En otras palabras: Se puede intervenir con quienes no terminan de saber y entender quiénes son, invitándolos a integrar su identidad con elementos socialmente funcionales y aceptados, pero con quienes tienen claro quiénes son y están en contra de tales códigos de funcionamiento social, las opciones son realmente limitadas. De ahí que de los adolescentes que están en conflicto con la ley, paradójicamente, tengan mejor pronóstico quienes no han logrado construir una identidad clara e integrada que aquellos que sí han consolidado su identidad y ella no manifiesta conflicto alguno en sacar provecho y ventaja de los demás.

Introducción

En *el yo y el ello* (1923), o las Nuevas conferencias introductorias al psicoanálisis (1933), Freud habla de las relaciones estructurales en la personalidad. Cuando describe la acción del yo, ello y superyó en conjunto, hace notar la relación entre los contenidos y los mecanismos del funcionamiento psíquico; menciona que cada instancia es una estructura que interactúa e interacciona de forma dinámica con las otras en sus contenidos conscientes e inconscientes.

Es importante mencionar que se refiere a las entidades como estructuras y al funcionamiento como estructural.

Las siguientes citas dan cuenta de la manera en que Freud utilizó el término. En cuanto al yo, afirma:

“Desde el momento en que, bajo la intensa impresión de este cuadro patológico, concebí la idea de que la separación de una instancia observadora del resto del yo podía ser un rasgo regular de la estructura del yo... (pag. 3141)”

Acerca del superyó como estructura refiere:

“Espero que hayáis experimentado ya la impresión de que la institución del super-yo describe realmente una circunstancia estructural y no personifica simplemente una abstracción, como la de la conciencia moral”. (pag. 3138)

Acerca de la interacción dinámica de las estructuras en conjunto refiere:

“El siguiente esquema ilustra las relaciones estructurales de la personalidad dinámica...” (pag. 3145)

Por otra parte, hace alusión a la estructura como un todo:

“Allí donde se nos muestra una fractura, una grieta, puede existir normalmente una articulación. Cuando arrojamos al suelo un cristal, se rompe, mas no caprichosamente; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos mentales son como estructuras, agrietadas y rotas”. (pag. 3133)

Kernberg (1975) utiliza el concepto de “organización de la personalidad” para referirse a la forma en que las estructuras interactúan y se establecen dando lugar a la forma de ser (personalidad) de los individuos.

La personalidad y su organización se conforman a partir de los aspectos temperamentales que son genéticamente heredados y de los elementos que se instauran con las experiencias a lo largo de la vida.

En términos de Freud hablaríamos de lo filogenético, lo ontogenético y las series complementarias. Es decir, el carácter, como llama Freud a la personalidad, se forma a partir de los aspectos genéticamente heredados: la inteligencia, cuestiones neurológicas

como el déficit de Atención o la Hiperactividad, los umbrales de respuesta al placer y dolor, o la posibilidad de irritación.

Por otra parte, las experiencias de cuidado provistas por los cuidadores primarios en la vida temprana invertirán lo genético y, en este sentido, series repetitivas de patrones de estímulo respuesta serán complementadas por la sociedad y la cultura, dando lugar a así a la personalidad.

La teoría de las relaciones de objeto y sus autores aportan mucho conocimiento sobre la manera en que las experiencias afectivas que se dan en la infancia temprana, en la interacción con los cuidadores y los momentos afectivos intensos positivos y negativos, se establecen como representaciones prototípicas internalizadas (Clarkin 2006).

La organización de la personalidad comprende aspectos como la identidad, los mecanismos de defensas, la prueba de realidad, la cualidad de las relaciones de objeto, el control de los impulsos agresivos y el funcionamiento superyoico que, a su vez, incluye los aspectos morales y el apego a las reglas que ayudan a los individuos a funcionar en sociedad con base en la culpa y la capacidad de reparación.

El concepto de identidad es un constructo central en la obra de Erikson, hoy en día es un elemento fundamental en la valoración de la personalidad como parte nuclear de la misma.

Kroger, J. (2007) afirma que para Erikson la identidad es una capacidad adaptativa del sentido de ser una persona en un mundo complejo.

La presencia de una identidad integrada permite a las personas, con sus propias características biológicas, psicológicas, intereses, aptitudes, necesidades y defensas, encontrar la satisfacción profesional, ideológica y en las relaciones dentro de un entorno social particular, durante una época histórica particular. La identidad proporciona un sentido de continuidad y de individualidad en la vida: La identidad brinda dirección y da una razón de ser.

Erikson, E. (1969) definió el concepto de manera psicodinámica como una configuración gradualmente integradora de los elementos dados constitutivos, necesidades libidinales, capacidades con las que fuimos favorecidos, identificaciones significativas, defensas eficaces, sublimaciones exitosas y roles consistentes.

Erikson (1968) en Froger(2007) afirma que la identidad del yo se conforma a partir de tres elementos: 1. Las características biológicas individuales, 2. Las necesidades psicológicas y los intereses únicos de cada quién y 3. Las defensas. Las características psicológicas como el género, la apariencia física, las capacidades y limitaciones físicas nos dan una perspectiva del sentido del sí mismo corporal. A partir del desarrollo evolutivo del ser humano, el sentido del sí mismo y de la identidad requerirá de cambios adaptativos en función de los alcances y limitaciones con respecto a las capacidades físicas a través del tiempo. Los elementos psicológicos de la identidad incluyen los sentimientos, intereses, necesidades y defensas individuales y únicas que nos dan un sentido de unicidad del Yo que permanece igual a través del tiempo y en diferentes situaciones.

Según Foelsch (2008) la identidad es una estructura de organización nuclear, fundamental y principal que permite el funcionamiento autónomo de una persona con respecto a otra. Tiene un rol importante en la auto estima, provee la capacidad de diferenciación entre el sí mismo y los otros, ayuda en las interacciones sociales, provee una conciencia de los efectos de la propia conducta en los otros, hace predecible y continuo el funcionamiento de una persona a través de situaciones y del tiempo.

Kernberg, P. (2000) refiere que la identidad está compuesta por una imagen corporal realista, percepción subjetiva del sentido de ser uno mismo a través del tiempo y en diferentes situaciones, actitudes y comportamientos consistentes, sensación de autenticidad y genuinidad, identidad de género establecida y clara, conciencia internalizada y conciencia de etnicidad.

Erikson describió la consolidación de la identidad como el proceso que ocurre cuando el "adolescente sintetiza y arroja identificaciones anteriores e introyecciones, lo que da como resultado una identidad personal integrada". A decir suyo, los desafíos para la formación de la identidad constituyen una crisis de identidad; la consolidación de la identidad es central en el desarrollo normal del adolescente.

Clarkin (2006) afirma que la difusión de la identidad es una falta crónica y estable de la integración del concepto de sí mismo y el concepto significativo de los otros.

P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, (2000) refieren que la difusión de la identidad en la adolescencia se caracteriza por una pérdida de la capacidad de autodefinición, un déficit del funcionamiento autónomo, la falta de integración de un concepto significativo de sí mismo y de los otros, la falta de resolución en la fase de separación/individuación, inestabilidad en las representaciones del Yo y del objeto, pérdida de la perspectiva temporal (el eterno adolescente), auto descripciones caóticas o como cliché, falta de capacidad de autodefinición, pseudo-sumisión o pseudo-rebeldía, superyó rígido y que molesta, dificultad con el compromiso al trabajo, escuela, relaciones íntimas, valores o metas, así como sobre-identificación con los roles o grupos de pares y una dolorosa sensación de incoherencia.

LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY, LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS.

PSICOPATOLOGÍA

De la Peña-Olvera, (et al 2011, Di Lallo, J. et al 2009) afirman que los trastornos de la conducta disruptiva (TCD) en la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica. Los TCD también se conocen como problemas del comportamiento perturbador (DSMV TR).

El *Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales* (DSM IV TR), incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno disocial (TD), así como los trastornos por uso de sustancias (TUS) y al trastorno explosivo intermitente (TEI), como trastornos de la conducta y del control de los impulsos en niños y adolescentes.

El DSM IV TR refiere que el Trastorno disocial (TD) se caracteriza por “Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestados en la presencia de tres, o más, de los siguientes criterios, durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Dstrucción de la propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Se debe especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros." (pag. 58, 59 DSM IV TR).

Di Lallo,(et al 2009) refiere que a pesar de su importancia, la utilidad clínica de los diagnósticos TCD y TD están limitados por la heterogeneidad del padecimiento: Frecuentemente los adolescentes reciben el mismo diagnóstico y muy a menudo son diferentes en los patrones de comportamiento, factores de riesgo, los aspectos de comorbilidad, el pronóstico y la etiología.

De la Peña-Olvera, (et al 2011) Menciona que el TD es uno de los padecimientos más graves en la niñez y la adolescencia. Refiere que es muy importante considerar la trayectoria del TD de cada paciente con el fin de individualizar, hacer un buen diagnóstico diferencial y establecer el tratamiento. Señala que se deben tomar en cuenta las diferencias individuales con respecto a los patrones en el manejo de la agresión. La agresión y violencia juvenil son predictores de delincuencia en el futuro. El mejor predictor de la continuidad de las conductas agresivas y delictivas es que éstas se hayan iniciado antes de los 10 años. Greeneet al., 2002; Loeber et al., 2000a; Nock et al., 2007; Steiner, 1997 en DiLallo et al 2009, refieren que un gran porcentaje de los trastornos de la conducta tienen

una comorbilidad con trastornos afectivos, consumo de sustancias, problemas de ansiedad, dificultades en el aprendizaje, y que es muy raro encontrar el trastorno aislado. Resaltan que la comorbilidad con el Trastorno por déficit de atención, la hiperactividad y la combinación de estos concurren con los TD y de la conducta. Afirman que la interacción entre estos padecimientos y el TD es compleja sin embargo la trayectoria del padecimiento vincula el TDA, THA y TDAH como padecimientos predisponentes y de riesgo.

Heterogeneidad en el diagnóstico de la conducta disruptiva

La complejidad en el diagnóstico de la TDC ha motivado esfuerzos en varios autores para describir subtipos de este trastorno definido en el DSM IV TR. Los siguientes autores han realizado distinciones importantes en los subtipos del trastorno, Jensen et al., Neuman et al., 2001, 1997, 2001; Greene and Doyle 1999 Biederman et al., 1996; Lavigne et al., 2001; Rowe et al., 2002. Aguilar et al., 2000; Lahey et al., 1998; Moffitt et al. 1996, 2002; Loeber y Coie, 2001; Nock et al., 2006, Wozniak et al., 2001 en Di Lallo et al., 2009.

Una literatura creciente tiende a dar un valor agregado a la evaluación de la personalidad en el adolescente como manera de predecir trastornos del eje I en la vida adulta y problemas en la conducta (Johnson et al., 1999, 2000; Westen and Chang, 2000; Westen et al., 2003 en Di Lallo et al., 2009). Por ejemplo existen cada vez más evidencias con respecto a la presencia del llamado “callo emocional” en la psicopatía del adulto como un distintivo para los subtipos de TD (De la Peña-Olvera, et al 2011, DiLallo, J. et al 2009). El “callo emocional” se caracteriza por la ausencia de culpa o remordimiento, falta de empatía hacia los demás, falta de preocupación por el mal desempeño personal en el trabajo o la escuela y una expresión deficiente del afecto o afecto empalagoso. Estas características se han identificado como una forma violenta, estable y grave de la conducta agresiva y antisocial. Se han identificado además distintos patrones cognitivos en niños con CD, incluyendo insensibilidad a los castigos, expectativas de una evolución favorable de la agresión que ejerce y déficit en la empatía. El continuo entre el TCD en la adolescencia y el trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta está bien documentado (Kasen et al.,

1999; Rey et al., 1995; Robins and Price, 1991; Zoccolillo et al., 1992 en Di Lallo et al., 2009).

Di Lallo., et al 2009. Después de un estudio realizado con el SWAP-200-A, identificaron 3 *factores Q* robustos y clínicamente coherentes de la variación de los trastornos de la conducta disruptiva del DSM IV. Estos son: *Psicopático, Marginado social y Delincuente impulsivo*.

Las características del primer subtipo, *Psicopático*, son consistentes con las encontradas en investigaciones previas en psicopatía adolescente (Loney et al., 2003; Lynam, 1996; Moffitt et al., 1996). Esto es, está caracterizado por una orientación a ser irresponsable, impulsivo, engañoso, grandioso, narcisista, sin remordimientos y presentar una tendencia a aprovecharse de los demás, sin posibilidad para experimentar culpa ni remordimiento, y muestran un temerario desprecio por los derechos de los demás. Los pacientes que coinciden con este prototipo también tienen un gran número de características asociadas con TD y TDC, tales como una tendencia a participar en luchas de poder con los adultos, a desafiar a la autoridad, a ser opositores, a controlar a sus pares, a ser sádicos, a expresar ira de forma inadecuada, a ser físicamente agresivos y violentos.

El segundo subtipo, *Marginado social*, se caracteriza por habilidades sociales pobres y limitadas, comportamiento interpersonal extraño, rechazo de pares (incluyendo la intimidación), falta de amigos, un rango restringido de emociones, constricción emocional y afectos negativos. Estos chicos tienen muchas características esquizoides y baja autoestima, expresadas en sentirse como un paria o extranjero y sintiéndose inadecuados o inferiores, tienen poca capacidad de insight y una dificultad para evaluar sus conductas con respecto a otros. Parecen infantiles para su edad, se sospecha que su conducta delictiva puede reflejar alguna combinación de fracaso para comprender las normas sociales y las reglas: No consideran las consecuencias probables de sus actos. Jones y Westen(2010) afirman que los adolescentes que se encuentran en este segundo subtipo no sólo presentan déficits de habilidades sociales, sino que también están deprimidos, anhedónicos, aburridos, enojados, rebeldes y son impulsivos; tienen un locus externo de control, y un auto concepto inmaduro no bien definido y con marcada difusión en la identidad.

El tercer subtipo, *Delincuente impulsivo*, aparece con un mejor funcionamiento global que los dos anteriores. Estos adolescentes presentan numerosos actos delictivos y comportamientos antisociales incluyendo el abuso de drogas. Están frustrados, aburridos e inhibidos para tener éxito; hay una consistencia con el TDAH en este grupo. Presentan altos grados de afectos negativos y experiencias inadecuadas se sienten impotentes para lograr los resultados que desean. En muchos aspectos, se asemejan a las descripciones anteriores de "psicopatía secundaria" y "depresión enmascarada".

Jones y Westen(2010) realizaron una investigación para la aplicación del diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) en adolescentes, buscando identificar subtipos de este trastorno. Utilizando el SWAP-II-A, estudiaron a 330 adolescentes que cumplieron los criterios para el diagnóstico de TAP. El *análisis Q* identificó 5 factores: *Psicopático, Socialmente marginado, Impulsivo histriónico, Emocionalmente desregulado, y con desregulación en la atención*. Los cinco subtipos difieren de manera predecible en un conjunto de criterios externos relacionados con el funcionamiento adaptativo global, entorno familiar de la infancia y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas. El diagnóstico de la TAP y la validez empírica derivado de los subtipos de TAP en adolescentes, incrementa su validez sobre el diagnóstico del comportamiento perturbador del DSM-IV, en la predicción global de funcionamiento adaptativo, número de detenciones, aparición precoz grave, patología externalizante y la calidad de las relaciones entre pares. Aunque son estudios preliminares, estos resultados proporcionan soporte para el uso del diagnóstico de TAP y subtipos, describiendo sistemas de personalidad en los adolescentes.

Los dos primeros, el *Psicopático* y el *Socialmente marginado*, tienen las mismas características referidas anteriormente por Di Lallo(et al 2009) y otros autores ya mencionados.

El tercer Factor, *impulsivo-histriónico*, es nombrado así debido a la mezcla de emociones imprudentes, temerarias, teatrales y exageradas, comunes en estos adolescentes. Este subgrupo incluye el factor impulsivo delincuente de Di Lallo (et al 2009), pero además contiene aspectos teatrales exagerados. Se comportan impulsivamente en una variedad de

dominios, relaciones interpersonales, interacciones sexuales y uso de sustancias. Buscan ser el centro de atención y a menudo utilizan la sexualidad para promover esto. Como resultado, pueden involucrarse rápidamente en relaciones sexuales abusivas, disfuncionales o inadecuadas. Estos adolescentes no tienen un concepto de sí mismos estable e integrado (tienen difusión de identidad), y al parecer experimentan placer en la ejecución de actividades delictivas.

El cuarto factor, *Emocionalmente desregulado*, se vincula al trastorno límite de la personalidad y se caracteriza porque los adolescentes luchan para controlar sus emociones; está acompañado por escaladas emocionales que salen de control, tienen problemas de interacción debido a que perciben a las personas solamente como buenos o malos y no logran integrar ambos aspectos de manera emocionalmente coherente en puntos intermedios. De la misma manera viven aspectos discordantes en su personalidad, en la percepción de sí mismos; cuando están bajo estrés, muestran comportamiento descontrolado, una desorganización cognitiva, alta impulsividad, ira inadecuada y la búsqueda constante de atención. Estos adolescentes tienen estilos de afrontamiento inmaduros y déficits en la comprensión del comportamiento de los demás.

El quinto factor, *Desregulación en la atención o atención desregulada*, representa el subtipo de funcionamiento más alto, caracterizado por una combinación de características psicológicas positivas y problemas clínicos asociados con TDAH. Esta constelación incluye dificultades para mantener la atención, alta distractibilidad, hiperactividad, inquietud e impulsividad. Además, con frecuencia, estos adolescentes se desempeñan por debajo del nivel que se espera de ellos en la escuela, ignoran las consecuencias de sus acciones y culpan a otros de ellas. Junto a estos elementos de desregulación en la atención, presentan características contrarias: Son populares, tienen un buen sentido del humor e interactúan adecuadamente con los demás.

En este grupo podría incluirse a los adolescentes que maltratan a sus compañeros.

Según Kernberg (1975, 1978), los pacientes adultos y adolescentes con personalidad antisocial presentan una organización subyacente de *Organización Límite de la Personalidad*.

La teoría del apego también sugiere una asociación entre el trastorno límite de la personalidad y el comportamiento antisocial o trastorno de personalidad antisocial. Fonagy y colaboradores (Fonagy, 1999, 2000; Fonagy et al., 1997) definen la mentalización como la capacidad para comprender la experiencia subjetiva de uno mismo y de los demás, esta capacidad se basa en la experiencia de apego seguro. El Trastorno límite de personalidad y el comportamiento antisocial, por otra parte, se caracterizan por la alteración en la capacidad de mentalización y por las formas de apego inseguro (Allen, Stein, Fonagy, Fultz & destino, 2005).

Chabrol, y Leichsenring 2006 hicieron una investigación con el objetivo de explorar la relación de los criterios estructurales de la organización límite de la personalidad con los rasgos psicopáticos en una población no clínica de 243 adolescentes: Encontraron una correlación significativa entre las escalas de la difusión de identidad, mecanismos de defensa primitivos, deterioro de la prueba de realidad con los rasgos psicopáticos, de insensibilidad e impulsividad, y sugieren que la organización límite de la personalidad está relacionada con estos rasgos.

En otro estudio, con delincuentes agresivos adultos, Leichsenring, F., Kunst, H., & Hoyer, J. (2003) Encontraron que hay evidencia empírica entre la Organización Límite de la personalidad y el trastorno antisocial. Afirman que la escisión o fragmentación de las representaciones mentales está asociada a los rasgos de personalidad antisocial y a los problemas de interacción interpersonal. Probaron así, la correlación significativa de la OLP y el trastorno antisocial. Encontraron también, una correlación alta entre el miedo a la cercanía y la suspicacia paranoide. Refieren, además, que el deterioro de la prueba de realidad no se correlaciona de manera significativa ni importante con los trastornos antisociales. Es decir que, según sus investigaciones, no hay correlación entre el psicoticismo y lo antisocial. Encontraron que a mayor difusión de identidad y mayor utilización de mecanismos de defensa primitivos, los delincuentes violentos tuvieron más problemas en las interacciones interpersonales.

Implicaciones Clínicas.

Jones y Westen(2010) sugieren que dentro del grupo de adolescentes que cumplen los criterios de diagnóstico de TCD o de TAP existe una heterogeneidad significativa a través de las dimensiones de la personalidad, así como criterios de variables etiológicas y antecedentes familiares de enfermedades mentales. Esta información indica que adolescentes con TD O TAP deben ser clínicamente conceptualizados y tratados según sus diferencias: El tratamiento de un adolescente con TAP que ha manifestado problemas en su regulación emocional puede requerir una estrategia diferente a un adolescente TAP con rasgos similares a la psicopatía. Por tanto, es fundamental formular cada caso particular, hacer un diagnóstico diferencial que evalúe las condiciones propias según los subtipos de personalidad antisocial o disocial, y con ello diseñar un tratamiento individualizado que contemple el pronóstico individual.

Kernberg en Clarkin (2006) afirman que las transferencias asociadas al tipo de personalidad antisocial evidencian extremos de odio generalizado, absoluto e incontrolable. Tal odio es a menudo enmascarado por una total indiferencia e insensibilidad a las relaciones interpersonales. Las cuestiones temperamentales se entremezclan con brotes ocasionales de violencia.

Estos autores hacen una diferencia entre el *trastorno de personalidad antisocial* del DSM IV TR correspondiente a la psicopatía clásica del DSM-I y DSM-II (American Psychiatric Association), el *narcisista con características antisociales*, el *síndrome de narcisismo maligno*, considerado más grave, hasta el *trastorno de personalidad antisocial*, muy grave, que incluye la total ausencia de las funciones del superyó, de cualquier capacidad de culpabilidad y preocupación por los otros y sin capacidad alguna de reflexión empática y no explotadora de los otros.

Los casos de *trastorno de personalidad antisocial* excluyen cualquier posibilidad de tratamiento psicoterapéutico con cualquier enfoque desde la visión de estos autores ya que, según afirman, el engaño crónico en las relaciones interpersonales, la deshonestidad y la prevalencia de transferencias psicopática en el tratamiento, hacen imposible cualquier tipo de intervención.

Mencionan también que la transferencia psicopática resulta una defensa eficaz contra transferencias paranoides graves que, en casos extremos, pueden surgir como

una regresión de transferencias psicóticas paranoicas. En estos casos, un mundo fantástico de las relaciones de objeto caracterizadas por deshonestidad y manipulación mutua constituye una delgada capa protectora contra un mundo subyacente de total violencia como única forma de relación con los otros significativos.

En cuanto al *síndrome de narcisismo maligno*, Clarkin (2006) refiere que clínicamente está representado por la combinación de una estructura de personalidad narcisista, agresión ego-sintónica, características paranoicas y el comportamiento antisocial, y se distingue del *trastorno de personalidad antisocial* por la presencia de cierta capacidad para tener sentimientos de culpa. Este padecimiento es el límite inferior en la psicopatología de la personalidad que podría ser tratable con psicoterapia y con un pronóstico muy reservado.

Gran parte de los adolescentes mexicanos del D.F. en conflicto con la ley se ubica en la tabla del continuo de la organización de la personalidad con una organización límite de la personalidad de bajo nivel del lado de las patologías de extroversión.

Con respecto a las funciones mentales, la problemática central está en la atención y en la hiperactividad. Los adolescentes tienen dificultades para poner atención y comprender lo que se les está diciendo y sólo cuando están muy interesados, motivados o cautivados pueden atender, estar calmados y aprender por periodos cortos.

Con excepción de la sintomatología general como ansiedad, depresión, somatización y percepción del sufrimiento interno, la mayoría no reporta otros padecimientos.

Algunos adolescentes que no tienen difusión de identidad están dentro del rango de organización normal de la personalidad y sólo pasan por una crisis de identidad; están en conflicto con la ley por un error en el proceso judicial o porque cometieron una falta poco grave y no han cometido otras faltas. Estos adolescentes manifiestan síntomas depresivos y de ansiedad que podrían ser abordados desde la evaluación. En las entrevistas y las sesiones posteriores iniciarían y conformarían un vínculo de profundidad, mutualidad y gratitud con los evaluadores; los aspectos transferenciales serían positivos y, en la contratransferencia, los evaluadores podrían llegar a percibir deseos de ayudar a los adolescentes, e inclusive a tener fantasías como pagar la fianza, y hasta tener furia con la institución judicial.

Es importante resaltar que una evaluación correcta permitiría ayudar con tratamientos psicoterapéuticos específicos y efectivos a estos jóvenes.

Los jóvenes que no reportaron una difusión de identidad están dentro del rango de organización de la personalidad psicótica o límite muy grave: Psicopatía, o narcisismo maligno:

Estos adolescentes tienen los aspectos delictivos y antisociales integrados a su identidad como una forma de etnicidad por lo que no reportan una patología de la identidad.

Los adolescentes que reportaron una difusión de identidad de moderada a grave presentan una experiencia interna fragmentada la mayor parte del tiempo, con una discapacidad significativa en la diferenciación de las experiencias del sí mismo y del no sí mismo, el pasado y presente, o para diferenciar deseos y sentimientos; manifiestan discontinuidad en la autopercepción. La mayor parte reporta por ejemplo al preguntárseles si al ver una foto de ellos cuando eran niños se reconocen: Responden que el de la foto era el bueno y que ahora ya no existe.

Por otra parte tienen una gran incapacidad para reflexionar genuinamente en sentimientos, experiencias, aun en el presente. La autoconciencia los lleva a sentimientos polarizados y contradictorios constantemente o a sentimientos muy básicos sin tener la capacidad de percepción y diferenciación de las sutilezas de los afectos. Los aspectos de cohesión en la percepción de sí mismos están centrados en su identidad delictiva, lo que elimina la posibilidad de tener una percepción cohesiva e integrada de los demás. En los casos leves de difusión de identidad tienen la capacidad pero limitada de reflexionar sobre sentimientos y experiencias de sí mismo y de otros, sobre todo de los familiares más cercanos. Al mismo tiempo y en el presente sin embargo, en referencia a lo largo del tiempo, hay una gran discontinuidad del sentido del sí mismo, valores, y metas de las cosas esperadas. No pueden reflexionar de esta manera cuando los sentimientos son intensos ni con respecto a los demás aun siendo personas muy cercanas.

En los casos más graves de difusión de la identidad hay sentimientos de vacío, incompletud y desesperación; la autoestima es muy vulnerable y sólo pueden reconocerse como valiosos si la experiencia se acerca a su idea de lo perfecto.

Con respecto a los aspectos emocionales tienen un rango muy limitado de percepción, reconocimiento y expresión de las emociones, siendo éstas polarizadas e impulsivas: Pueden pasar del afecto agradable al odio y rabia intensa sin ninguna posibilidad de regulación y modulación; necesitan orientación y contención. En algunas relaciones interpersonales, puede percibir claramente intenciones básicas de los otros, como aceptación o rechazo, pero es incapaz de interpretar emociones sutiles como respeto, orgullo o enojo parcial.

En cuanto a los mecanismos de defensa, los individuos que tienen un nivel moderado y alto de difusión de la identidad hacen un uso extensivo de defensas que distorsionan la experiencia o la limitan, incluyendo las relaciones interpersonales. Esto representa un recurso para poder lidiar con experiencias internas o externas estresantes y para mantener sentimientos y pensamientos fuera de la conciencia. Utilizan defensas como negación, escisión, identificación proyectiva y actingout.

Los adolescentes que no reportaron difusión de identidad utilizan mecanismos defensivos más evolucionados como la intelectualización y la racionalización.

Con respecto a los aspectos superyoicos vinculados a lo moral y al cumplimiento de reglas y leyes, en los casos de la organización límite de nivel bajo con una difusión de identidad moderada, los estándares internos e ideales y el sentimiento de moralidad están basados en la severidad y las expectativas punitivas. Los sentimientos de culpa están denegados y asociados a las actuaciones (actingout), depresión o ambas.

En los adolescentes que no reportaron difusión de identidad y que tienen una psicopatía grave, los estándares internos, ideales y el sentido de moralidad están ausentes la mayor parte del tiempo.

La importancia de los aspectos del funcionamiento psicodinámico se centra en poder administrar mejor los recursos humanos y económicos y dar atención a los jóvenes que realmente se podrían beneficiar con un tratamiento psicoterapéutico psicodinámico. El mal pronóstico de los adolescentes con un narcisismo maligno o una psicopatía reside en que es una patología severa egosintónica y que forma parte de su identidad como eje nuclear que la conforma. Desde mi opinión, es parecida a la identidad de género o la preferencia, que no son modificables con ningún tipo de psicoterapia. Su deseo de atención psicológica

está motivado por sentimientos de tristeza o como una forma de manipular para no estar aburridos.

Por otra parte, los adolescentes que podrían tener mejor pronóstico son los que tienen una difusión de identidad importante ya que la idea de lo delictivo y antisocial puede formar parte de la difusión y todavía no estar arraigada como eje regidor del concepto de sí mismo.

Me parece que la problemática de lo antisocial está más vinculada a una cuestión del sentido de lo moral, el cumplimiento de reglas y leyes, la ausencia de culpa, la falta de empatía y reconocimiento del otro. Y un *ideal del yo* grandioso y omnipotente es decir es una psicopatología del superyó, lo que conlleva a una disminución grave del control de los impulsos agresivos y a la imposibilidad de vivir en sociedad de los más graves. Esto me lleva a pensar que la severidad está relacionada con aspectos dañados en las relaciones de objeto en etapas muy tempranas del desarrollo en donde no hubo una posibilidad de internalización de objetos suficientemente buenos y amorosos hacia los cuales se pudiera sentir culpa y pudieran dar la posibilidad de reparación. Es decir, la integración de un *superyó* con un *ideal del yo* más realista, valores morales internalizados, capacidad de comprender los efectos de la propia conducta en los otros, y una percepción más realista del sí mismo y de los otros: Una identidad integrada.

Referencias bibliográficas

- Caligor, E. et al (2010) Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Clarkin, J. et al (2006) Psychotherapy for Borderline Personality Focusing on Object Relations. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Erikson, E. (1968) Identity Youth and Crisis, London: Norton and Company.
- Freud, S. (1923) El yo y el Ello en Obras Completas Tomo I, II III. Madrid: Biblioteca Nueva. (1981)
- Freud, S. (1932-3) Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis en Obras Completas Tomo I, II III. Madrid: Biblioteca Nueva. (1981) pg 3131-45
- Kernberg, O. (1987) Trastornos Graves de la personalidad. México: Manual Moderno.
- Kernberg, 1975. Desordenes fronterizos y narcisismo patológico. Paidos; México 1993

Kernberg, P. (2002) Trastornos de Personalidad en Niños y adolescentes. México: Manual Moderno.

PDM Task Force.(2006). Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Tubert, 1997 "El proceso analítico". San Miguel de Allende, Gto., 31 de octubre a 2 de noviembre de 1996. Publicado en Cuadernos de Psicoanálisis, 1997, 30 (1-2): 33-41

Weiner, I. Greene, R. (2008) Handbook of Personality Assessment. New Jersey: Wiley

**EL IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN EL
DESARROLLO DE LA IDENTIDAD ADOLESCENTE - TRATAMIENTO DE
LA IDENTIDAD Y ADICCIÓN-**

**(O Impacto do Consumo de Álcool e Drogas no Desenvolvimento da
Identidade Adolescente) Tratamento da Identidade e Adições –**

Andrés Borzutzky Hernández

A través de un caso clínico se visualizara el Impacto del uso de Alcohol y Drogas en el Desarrollo de la Identidad Adolescente y la importancia de su consideración en el diagnostico y tratamiento.

Se ilustrara el proceso de tratamiento de un adolescente con comorbilidad de Trastorno de Personalidad y Adicción,
Integrando la psicoterapia para adolescentes, Adolescent Identity Treatment (AIT) junto al Método Schilkrut para el tratamiento de las Adicciones.

Através de um relato de caso visualizará o impacto do uso de álcool e drogas no desenvolvimento da identidade na adolescência e a importância de sua consideração no diagnóstico e tratamento.

Será apresentado o processo de tratamento de um adolescente com co morbididades entre o transtorno de personalidade e adições, integrando a psicoterapia para adolescentes (Tratamento de Identidade do Adolescente - AIT) junto do Método Schilkrut para o tratamento das adições. .

DESENVOLVIMENTO NA IDENTIDADE EM ADOLESCENTES BRASILEIROS: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E INFRATORES: RESULTADOS, PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO-¹

Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo

Esta apresentação apresenta o processo de validação da versão AIDA Português no Brasil. Apresenta dados de estudos feitos em 150 adolescentes, sendo 44,7 % do sexo masculino 55,3% do sexo feminino N = 52 (55,3%), de 12 a 17 anos . Sendo do grupo controle N = 90 da população escolar, 30 vítimas de violência intrafamiliar e 30 infratores. Os resultados do estudo piloto mostrou que, com exceção de um sub-escala, todas as confiabilidades estão satisfazendo com confiabilidade de escala $\alpha = 0,93$ para a escala de difusão total, a 0,76 para a escala descontinuidade e 0,93 para a escala Incoerência. Nesse estudo estamos com a escala prota e com o conteúdo equivalente adaptado à cultura brasileira. No projeto amplo deveremos atingir 1000 adolescentes da população escolar (de escolas públicas e privadas) para participar, e mais 200 dos grupos clínicos: 100 adolescentes vítimas de violência doméstica, atendidos em instituições especializadas e 100 infratores cumprindo medida socio educativa. Todos os adolescentes também responderam aos inventários: Questionário de Estilo de Defesas (DSQ-40) e do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), ambos adaptados e validados para a população brasileira para comparar com os resultados e verificar os mecanismos de defesa e os pontos fortes e fracos dos adolescentes, que estão relacionados ao desenvolvimento de Identidade. Os resultados da população escolar, a amostra piloto e grupos clínicos são apresentados e as diferenças culturais são discutidos em profundidade. Ao mesmo tempo, os resultados comprovam a validade da AIDA. As vítimas de violência

¹ 2012 K. Goth, P.Foelsch, S. Schlüter-Müller & K. Schmeck – Brazilian version ©2012
“Tardivo, L.S.P.C , Malki, Y. Barros, M. GIL C

denotam a necessidade de desenvolver defesas mais positivas e faltam modelos de identificação. Eles sentem falta de afeto e revelam mais - Difusão de identidade mais do que os outros grupos. Outras considerações são feitas sobre o grupo de infratores. Este estudo trouxe contribuições para a intervenção em amostras clínicas de adolescentes.

Palavras-chave: adolescentes. Identidade, violência intrafamiliar, os infratores

EQUIPE DE TRABALHO:

Malka Alhanat, Yara Malki, Ana Cristina Bertoncini, Ricardo Renkes, Valeria Macedo, Christiani Tironi, Criatiane Castrequine, Yone, Fabiola Milena

Mariana Fischer, Andressa Scalco, Caroline Freitas, Gislaine Ricardo

A fase da adolescência só pode ser compreendida se considerarmos ao mesmo tempo os fatores psicológicos e sociológicos envolvidos, além dos biológicos; é uma constatação geral (Tardivo, 2007). A relação entre a personalidade e a socialização é essencial em qualquer estudo ou reflexão sobre o ser humano e sua conduta, como no presente projeto onde se pretende estudar o conceito de identidade na adolescência. E considera-se que a conduta humana ocorre nos três campos (mente, corpo e ambiente), no modelo proposto por Pichon Riviére e apresentado por Bleger (1975).

Tardivo (2007) foram retomadas concepções da autora argentina Aberastury (1971), que há mais de 30 anos descrevia os adolescentes das grandes cidades como instáveis, inseguros, rebeldes e com grande oscilação do comportamento e do humor. Ela os descrevia como podendo se apresentar com forte expansividade social, períodos ou momentos de energia e coragem desmedidas, cheios de luta e ideais quixotescos com muitos sonhos e aventuras, e tudo isso podendo ser prontamente convertido em retração social, sentimentos de depressão, incertezas, passividade e desânimo. E mesmo assim dentro do que se poderia chamar crise, e não como algo patológico.

Durante a adolescência, nesse estudo, escrevemos (Tardivo, 2007) que o ser humano deve galgar várias etapas para conquistar o status adulto. Os conflitos

presentes serão mais intensos em adolescentes que apresentarem “pontos de fixação” e características regressivas durante a infância. Quanto maiores tiverem sido os pontos de fixação e características regressivas, maior a possibilidade de os conflitos na adolescência serem mais intensos (Aberastury 1971).

Há também a concordância entre vários autores que a harmonia entre ideais do ego e o ambiente é rompida na puberdade, ocorrendo um ressurgimento de aspectos da pré genitalidade. A busca de uma identidade adulta (sexual, cognitiva e social) desorganiza o equilíbrio da relação entre o ego e o superego, criando extensa área de conflitos. A Escala, tema dessa apresentação, pretende de alguma forma trazer elementos de como a identidade está se formando. A adolescência costuma ser descrita como um período contraditório, confuso, ambivalente, doloroso, repleto de conflitos com o meio que cerca o adolescente. É possível que seja a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano. E, possivelmente, essa vulnerabilidade pode ser mais intensa de acordo com o ambiente em que está inserido o adolescente (Tardivo, 2007). Fundamental refletir acerca desse período fortemente marcado por perdas, que são basicamente de três tipos; esses aspectos estão presentes no processo de formação de identidade e, de alguma forma, a Escala AIDA busca investigá-los, como se poderá perceber nos itens que a compõem. Assim, há a perda do corpo de criança: essa perda acarreta muitas dificuldades e forte angústia. É como se o adolescente se desconhecesse, alguns chegam a viver mesmo momentos de estranhamento. Também relativa a esse processo de perda, outra característica fundamental do adolescente é a ambivalência. De um lado o adolescente sente orgulho por seu novo corpo, ainda que muito desconhecido e, por outro lado, há fortes sentimentos de vergonha.

A segunda perda se refere à perda dos pais da infância: esse processo está relacionado à imagem que os filhos faziam deles, e pode ser bastante doloroso para o próprio adolescente assim como para os pais. Também essa vivência é necessária, uma vez que os adolescentes precisam se afastar dos pais, emocionalmente, a fim de buscar a ligação a novos objetos e ideais; e principalmente se dedicar à função primordial do adolescente, que é a formação da própria identidade. É importante salientar que os pais precisam estar preparados

para esta situação, os filhos passarem a desidealizá-los. Vale dizer que nem sempre esse processo deve ou precisa ser drástico, se for excessivamente intenso ou destrutivo (Tardivo, 2007). E o terceiro tipo de perda, que é perda da condição infantil; o que além do luto acarreta conflito e angústia.

O adolescente tem como primeira e fundamental característica a “Busca de si mesmo e da identidade”. É, então, a principal tarefa que o adolescente precisa dar conta.

“Identidade” pode ser entendida como a condição de ser si mesmo, ou como aquilo que se mantém em cada um. A “identidade na adolescência” implica ela mesma uma contradição, já que essa fase se inicia a partir de bruscas mudanças que ocorrem na vida do indivíduo. Ao se falar de identidade em Psicologia, está inserida a idéia da persistência do caráter essencial como ser humano em geral e, ao mesmo tempo, o aspecto particular de cada um. Ou seja, referimo-nos à consciência que cada um tem desta particularidade que lhe é própria e peculiar, da consciência da diferença de outro ser humano e, ao mesmo tempo, da semelhança com ele. O adolescente tem de lidar com profundas contradições: buscar ser ele mesmo, num processo de mudança e na relação com o outro, que lhe é semelhante e diferente. Tarefa intensa e árdua.

É fundamental mencionar as concepções de Erikson (1972), que define identidade como “sentimento subjetivo de uma envigorante uniformidade e continuidade” (p. 17).

Ele esclarece que a formação da identidade, tarefa da adolescência, é um problema de gerações, e, ele considera que os mais velhos precisam ter um forte sistema de valores para que os adolescentes possam, com segurança, contestá-los.

Ao mencionar as principais fontes contemporâneas da força da identidade, Erikson se refere a “um presente com um futuro previsto” (p.29). Ele alerta para o perigo de nós clínicos darmos excessiva importância ao passado, à história, no sentido de ficarmos presos. Assim fica claro que uma identidade sólida se refere a um passado com tradições e valores sólidos aos quais é possível uma contestação mais segura. Erikson (1972) estabelece que a identidade se forma num processo localizado no

indivíduo e, também, no núcleo central de sua cultura; e que a análise de tal processo nos possibilita caracterizar essas duas identidades - a do indivíduo e a do grupo, ou sociedade em que o indivíduo está inserido

Nesse sentido, o o estado de difusão da identidade é marca fundamental dos transtornos borderlines de personalidade (Kernberg, 2012), sendo importante discrimina-lo da crise de identidade esperada nessa fase da vida

DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA AIDA

Toda a descrição feita a seguir encontra-se no manual da Escala em texto ainda não publicado (Goth, 2012) O Desenvolvimento da identidade é visto como uma questão central para o aparecimento de transtornos de personalidade na adolescência (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000). A AIDA foi desenvolvida para analisar o impacto de uma identidade integrada e estável de forma aprofundada. Essa escala visa identificar a discriminação entre uma crise de identidade comum e esperada na adolescência e uma difusão de identidade clinicamente relevante, e que pode consolidar um diagnóstico e ter influência no encaminhamento terapêutico. A Escala também pode servir como um instrumento para avaliar a eficiência terapêutica, especialmente em relação à terapia proposta por Foelsch, Odom, Schmeck, Schlüter-Müller, O. Kernberg, (2008) denominada “Tratamento da Identidade do Adolescente” - uma modificação da Psicoterapia com Foco na Transferência (TFP) (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney & Kernberg, 2001) para adultos. O instrumento reflete os aspectos subjacentes baseados na teoria e com o resumo de constructos relevantes sobre a identidade.

Dessa forma, Goth (idem) apresenta os itens reunidos em duas grandes Escalas: **Identidade-Continuidade (Estabilidade)**, onde são reunidas 3 sub escalas: continuidade no comportamento (atributos, perspectivas, hobbies, interesses, talentos); continuidade em relacionamentos (papeis, afiliações); autorreflexão emocional (sentimentos). **Identidade-Coerência** que avalia contradições, diferenças entre dentro e fora, noção dolorosa de incoerência, superego não-integrado, e reúne 3 subescalas: Contradições (contradições observáveis, contradições subjetivas, incoerência dolorosa); Autonomia (sugestionabilidade,

superidentificação, assertividade, autovalia independente, regulação de afeto); autorreflexão cognitiva (motivos próprios e comportamento, representações mentais).

O objetivo da AIDA é conhecer a distinção entre o desenvolvimento da identidade saudável, a crise de identidade do adolescente, e a difusão de identidade patológica na adolescência, a partir de uma forma dimensional numa escala Likert variando de articulação "saudável" para "perturbado

Goth apresenta nesse manual as instruções de uso do programa SPSS, a partir do qual os escores da escala e subescalas e os escores T são calculados automaticamente, gerando inclusive gráficos. Será esse o esquema usado na presente pesquisa.

A autora ainda orienta como as questões semi abertas, inseridas ao final, devem ser avaliadas. Para cada uma dessas há um esquema de pontuação que permite obter dados comparáveis. Como as três perguntas são idênticas no que se refere ao próprio adolescente e ao melhor amigo, os mesmos esquemas de codificação são válidos. Além disso, o avaliador de teste é solicitado a dar uma classificação em três itens qualitativos relativos às respostas dos sujeitos.

Como objetivos nessa apresentação , podemos explicitar: pretendemos realizar o estudo de tradução e validação da AIDA (2012) para a população de adolescentes brasileiros, apresentando estudos normativos e apresentando dados relevantes da formação da identidade em adolescentes em situação de vulnerabilidades social: que sofrem ou praticam violência. , sendo aqui apresentados resultados preliminares

ESTUDO PILOTO

A amostra foi composta por 111 ADOLESCENTES de ambos os sexos, sendo 50 do grupo controle (de população escolar sem queixas de serem vítimas de violência e nem apresentarem outros distúrbios); 31 meninos menores infratores cumprindo medida socio educativa e 30 vítimas de violência intrafamiliar.

Os adolescentes vitimizados e os infratores foram submetidos a aplicações individuais da Escala, após um rapport . os adolescentes do grupo controle se

submeteram a aplicações em pequenos grupos, com todos os cuidados para que pudessem acompanhar as aplicações

Todos os cuidados éticos foram tomados, como pedidos de Termos de Consentimento às instituições e aos responsáveis, bem como a aceitação dos adolescentes (quando menores dadas verbalmente), os maiores de 18 anos, assinaram os termos.

Como Resultados preliminares, podemos afirmar que os Adolescentes brasileiros compreenderam as frases, embora muitas vezes fosse necessário explicar, usando

Observamos diferenças entre o grupo (amostra normativa) e os adolescentes vitimizados. Abriam-se e disse que eles não se sentem bem no abrigo, que não é sua casa. Eles sentiram insegurança e mais dificuldades em seus relacionamentos dentro da instituição.

Observou-se mais risco para a difusão de identidade no escore total nos infratores e vítimas, mais do que no grupo controle, a partir da observação das médias nas escalas.

As vítimas de violência precisam desenvolver defesas mais positivas, fortes e necessitam mais de modelos de identificação. Eles sentem falta de afeto e elas revelam mais difusão de identidade do que outros grupos.

O grupo de infratores denotam mais dificuldades que o grupo controle, mas muitas vezes mostram uma identidade mais definida, com modelos de identificação mais definidos, muitas vezes ligados a líderes dos bairros.

Pretendemos continuar a pesquisa para entender os resultados e ser capaz de discuti-los e compará-los com os resultados dos adolescentes em outros países.

Conclui-se que é muito importante para o estudo da identidade em adolescentes e propor prevenção e tratamento para aqueles que precisam de ajuda

Referencias Bibliográficas

ABERASTURY A E KNOBEL, M. - *Adolescência Normal y patológica*. Buenos Aires, Paidós, 1971.

BLEGER, J. *Psicologia de la Conducta*, Buenos Aires Editorial Paidós, 1975.

CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J. C., & KERNBERG, O. F.. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495, 2001.

ERIKSON, E. H. – *Identidade, Juventude e Crise*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1972
GOTH K., FOELSCH P., SCHLÜTER-MÜLLER S. E SCHMECK K.. *AIDA: A self report questionnaire for measuring identity in adolescence – Short manual*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric University Clinics (UPK) Basel 2012 (em preparação).

KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., & BARDENSTEIN, K. K.. *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Basic Books: New York., 2000.

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

2º SIMPÓSIO: ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO NO BRASIL

O PROGRAMA DO ADOLESCENTE E AS CASAS DOS ADOLESCENTES DE SÃO PAULO

Albertina Duarte Takiuti

O PROGRAMA ESTÁ DISPONVEL EM

TAKIUTI, Albertina Duarte. **Programa Estadual de Saúde do Adolescente**. Disponível em

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/acesso-rapido/saude-do-adolescente/programa_saude_do_adolescente_objetivos_metas_resultados_ces.pdf>.
Acesso em 08 Nov. 2011.

ADOLESCÊNCIA, SOFRIMENTO EMOCIONAL E EXPERIÊNCIA DE INJUSTIÇA

Tânia Aiello-Vaisberg

Universidade de São Paulo

RESUMO: Este artigo tem como objetivo apresentar uma interlocução com o pensamento winnicottiano acerca do sofrimento emocional e da experiência de injustiça na adolescência. Articula-se metodologicamente como estudo de caso, no qual se mesclam o analfabetismo funcional e experiências de humilhação. Compreendido desde a perspectiva da psicanálise concreta, esse material clínico sustenta a afirmação de que a tendência antissocial pode ser considerada como uma das possíveis expressões da experiência de injustiça.

Palavras-chave: adolescentes, sofrimentos sociais, humilhação, experiências de injustiça, fracasso escolar.

Desde o estabelecimento dos cursos de graduação em psicologia, em nosso país, foram criadas clínicas-escolas a fim de possibilitar estágio profissionalizante para os estudantes. A clientela que utiliza tais serviços, geralmente gratuitos, é composta por um grande número de crianças e adolescentes, que chegam por encaminhamentos de pediatras, educadores ou por iniciativa dos pais ou responsáveis. Configura-se, deste modo, uma situação bastante peculiar, na medida em que as marcadas desigualdades sociais paradoxalmente favorecem os estudantes brasileiros, diferentemente dos europeus, já que saem da faculdade com maior experiência prática.

Aqueles que tem tido oportunidade de acompanhar o cotidiano das clínicas-escola provavelmente concordam quanto ao reconhecimento de que as queixas vem-se tornando

mais graves ao longo das quatro últimas décadas. Se há quarenta anos estes serviços atendiam maciçamente crianças e adolescentes encaminhados pelas escolas, em virtude de dificuldades de aprendizagem e/ou comportamento, que hoje nos parecem leves ou moderados – naquela época a penetração dos psicólogos em equipamentos de saúde era muitíssimo discreta, atualmente lidamos com problemáticas complexas, nas quais se mesclam violência, uso de drogas, distúrbios sexuais, distúrbios alimentares e vários tipos de atuações antissociais. As famílias trazem histórias de violência e abuso sexual doméstico, às quais se misturam carências materiais graves, precariedade laboral, doenças orgânicas mal assistidas, alcoolismo e uso de drogas. Educadores apresentam-se de modos muitas vezes fragrantemente inadequados, oscilando entre posicionamentos desinteressados, depressivos ou abertamente agressivos, sob a justificativa de que trabalham em escolas implantadas em contextos sociais violentos. Desnecessário lembrar como o magistério é historicamente exercido em condições marcadas por grande precariedade.

Não sabemos afirmar se as condições de vida pioraram significativamente ou se a profissão de psicólogo ganhou muita visibilidade a partir da proliferação das faculdades de psicologia e da inserção em contextos de trabalho e voluntariado em instituições de saúde, educação, justiça e assistência social. Parece-nos, contudo, que provavelmente estamos diante de uma complexa situação, que mescla piora das condições materiais, que se associa à crise que o sistema capitalista enfrenta desde as últimas décadas do século passado, com um aumento da informação circulante sobre a psicologia clínica. De todo o modo, não há como negar que a perspectiva de obtenção de ajuda psicológica, especialmente quando direcionada a crianças e adolescentes, está profundamente difundida entre a população brasileira.

O que aqui nos interessa ressaltar, portanto, é que nos vemos, atualmente, diante de problemáticas bastante diversas daquelas que enfrentamos nos tempos pioneiros da implantação das clínicas-escola. Naquela época recebíamos demandas de avaliação de capacidades cognitivas, visando o diagnóstico de problemas de aprendizagem.

Normalmente, tais problemas eram pensados segundo duas diferentes linhas: como déficits intelectuais, a exigir encaminhamento às chamadas classes especiais, ou em termos de quadros emocionais que interfeririam nos processos de aprendizagem. Reforço escolar ou psicoterapia para a criança seriam as soluções. Este equacionamento veio a ser rigorosamente questionado, em várias pesquisas. Dentre estas, destaca o trabalho, realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por Patto (1987), sobre a produção do fracasso escolar, que se tornou uma referência indispensável neste campo (Carvalho, 2011). Trata-se de uma investigação que, segundo linhas que consideramos convergentes com as exigências da psicologia concreta (Bleger, 1958; 1963; Politzer, 1928), criticam de modo preciso as teorias que pretendiam atribuir as dificuldades de aprendizagem a limitações individuais, num movimento que oculta tanto as contradições da escola, como instituição, como as contradições da sociedade brasileira, na sua condição de nação periférica do sistema capitalista.

A escola brasileira se modificou desde o final da década de oitenta. Criou uma nova prática, a progressão continuada, medida altamente polêmica, com a qual se tem pretendido solucionar o fracasso escolar. Trata-se de uma forma de organização do ensino fundamental em períodos durante os quais não existe possibilidade do aluno ser reprovado. No estado de São Paulo, veio a ser implantada em 1998. Segundo Viégas (2010):

O objetivo declarado pelo governo de São Paulo para implantar essa proposta foi o de alterar o alto índice de reprovação, defasagem série/idade e evasão, marcantes na nossa história educacional pública, que vinham sendo apontados, há décadas, como grave sintoma de que a escola estava fracassando em seu objetivo. Como motivação explícita, a economia de recursos, uma vez que os alunos reprovados representariam desperdício financeiro do Estado, o que chegou a ser pautado pelo Conselho Estadual de Educação de São Paulo como 'dinheiro jogado fora' (Viégas, 2010, p.92).

Um pensamento sensato evidentemente se sente profundamente interrogado pelo raciocínio a partir do qual se pode conceber que o regime de progressão continuada possa realmente beneficiar os alunos. Admitimos que nosso ponto de observação, a clínica

psicológica, naturalmente revela, com mais facilidade, aquilo que é problemático, de modo que nossas críticas poderiam ser vistas como tendenciosas. Entretanto, estudos como o de Viégas (2010), que faz uso do método etnográfico, sustentam críticas bastante bem fundamentadas a este regime. Referindo-se à escola na qual realizou sua pesquisa, diz a autora:

O que se observou na escola acompanhada em nada difere do que há muito vem sendo apontado. Repete-se a mesma preocupação econômica na construção de políticas educacionais. Repete-se o mesmo olhar preconceituoso em relação aos professores, alunos e familiares. Repete-se o mesmo autoritarismo na implantação das políticas do governo. Repete-se a culpabilização dos professores pelo fracasso de políticas educacionais. Repetem-se os mesmos dilemas, as mesmas dificuldades, as mesmas queixas no interior da escola. Repete-se o mesmo funcionamento escolar, calcado em tarefas mecânicas e pouco interessantes. Repete-se a culpabilização dos alunos e famílias pelas dificuldades de escolarização, muitas vezes sustentadas em prontuários escolares que repetem o que sempre se disse sobre eles. A única coisa que não repete é o aluno no final do ano letivo (Viégas, 2011,p.113).

Não causa surpresa, portanto, constatar que a expressão “analfabetismo funcional”² circule facilmente para referir a situação de uma grande parte da população que frequentou a escola sem conseguir adquirir os conhecimentos básicos previstos (Ribeiro,1997). Em outros termos, vemo-nos diante de pessoas declaradas alfabetizadas, ou seja, oficialmente alfabetizadas que, na prática, são incapazes de usufruir dos benefícios derivados da leitura e da escrita. Configura-se, portanto, uma situação perversa que, segundo nossa experiência clínica, é essencialmente injusta, provocando experiências de humilhação social bastante sofridas. Tais experiências motivam a recorrência a estratégias de defesa que podem criar – e normalmente criam – novos problemas. A percepção de se encontrar numa situação de desvantagem e inferioridade é bastante dolorosa, de modo que não

²Vale lembrar, por curiosidade, que a expressão originalmente usada era alfabetismo funcional, que surgiu, historicamente, no contexto do exército norte-americano para descrever a capacidade de entender instruções escritas. Posteriormente, seu significado expandiu-se para conotar a capacidade de usar escrita e leitura com fins pragmáticos no cotidiano (Ribeiro, 1997).

surpreende constatar que condutas que favoreçam dissociações, ou seja, afastamento de si mesmo, tornem-se frequentes e formem padrões que se repetem.

O atendimento de João e Maria³

Continuaremos esta exposição trazendo um caso recentemente atendido em clínica-escola, que pode tornar o problema aqui abordado mais próximo e concreto. Uma senhora, que trabalha como diarista, teve seu filho de 15 anos encaminhado para atendimento psicológico por estar finalizando o ensino fundamental sem ser capaz de ler e escrever. Esta mãe vive, desde a separação do marido, um usuário de drogas desempregado, com quem teve três filhos, um dos quais dos quais entregue para adoção, na casa de seus pais, juntamente com uma irmã, igualmente separada, que tem três filhos. Seu pai, o avô de João e Maria, está bastante doente, com metástases derivadas de um câncer de próstata. Sua mãe, a avó, divide-se entre os cuidados ao marido, que envolvem acompanhamento a consultas médicas e sessões de tratamento, e a realização de pequenos serviços mal remunerados, cuja natureza não nos fica clara. Sua irmã, a tia, trabalha como doméstica. As duas irmãs, sobre cujos ombros repousa praticamente o sustento familiar, percorrem longas distâncias para chegar aos seus respectivos trabalhos, o que interfere na supervisão direta da rotina dos filhos, que são, ao todo, cinco, com idades variando entre 10 e 15 anos.

No que diz respeito a João, a escola manifesta preocupação e o claro desejo de receber uma avaliação que indique algum distúrbio cognitivo que explique sua situação. A mãe torce pela obtenção de um diagnóstico de debilidade mental, que ajudaria no orçamento familiar, mediante o recebimento de um salário mínimo conforme a Lei Orgânica da Assistência Social – o que entusiasma a mãe.

João não gosta de ir à escola, faltando muito. Quando se sente à vontade com a estagiária, confessa, com muita clareza, que se sente mal na classe por ser alvo de zombarias o tempo todo. Nem colegas, nem professores, a seu ver, poupam-no de embaraços e

³Estes nomes são fictícios.

constrangimentos toda vez que comete erros – o que acontece o tempo todo. Esta situação acaba levando-o a brigas frequentes com colegas, nas quais machuca e é machucado. Assim, João prefere faltar às aulas para brincar com crianças pequenas da vizinhança, que sempre o tratam bem, pois é um adolescente calmo e amigoso. Sente que os menores não o julgam negativamente e que o consideram boa companhia, porque brinca, tem paciência e é carinhoso. Nos dias em que sua mãe o obriga a ir à escola, ele, que normalmente é bem tranquilo, “envolve-se em confusões” (sic). Na rua, com os pequenos, recupera a calma, enquanto sua mãe se preocupa com a possibilidade de vir a ser influenciado por adolescentes do bairro que vendem drogas. João expressa seu desejo claro de obter emprego em algum posto que não exija que a pessoa tenha que ler ou escrever.

Ao longo das sessões de atendimento familiar, que se realizavam de modo individual, ora com a mãe, ora com o filho, ou em dupla mãe e filho, acaba emergindo uma segunda problemática, que tem Maria, a irmã de João, como centro. A mãe considera que esta filha tem mais problemas do que o irmão, mas não pensou em pedir atendimento porque considera que seja um “caso perdido” (sic). As dificuldades de aprendizagem de Maria seriam, no entender da mãe, um pouco menores do que as de João. Entretanto, a verdade é que Maria, aos 13 anos, não está alfabetizada, como viemos a constatar, sendo, como o irmão, alvo de zombarias e humilhações constantes. Não falta tanto às aulas, mas briga na escola praticamente todos os dias, voltando para a casa muitas vezes bastante machucada. Maria traz muitos objetos para casa – como telefones celulares sofisticados, fones de ouvido, bijuterias ou bolsas – que, segundo conta, acha na rua e na escola. Alega conhecer lugares preferidos de “nóias” (sic) que vivem perdendo seus pertences. As vezes, chegam aos ouvidos da mãe notícias relativas a atividades sexuais da filha, que podem ocorrer em espaços de pouca privacidade, nas vizinhanças, tendo observado, no âmbito doméstico, frequentes episódios de masturbação compulsiva. No entender da mãe, a filha não apresenta debilidade mental, de modo que não obterá um diagnóstico nem ajuda financeira do estado. Tal fato desmotivou-a a procurar ajuda. Sendo assim, reage aos problemas de comportamento de Maria de modo violento, pois meio da aplicação constante de castigos corporais. Surpreende-se visivelmente quanto a estagiária manifesta interesse em incluir a menina no atendimento familiar.

Os professores consideram a questão diferenciando as situações de João e Maria. Acreditam que João tem uma debilidade entre moderada e mediana que justificaria uma forma especial de terminalidade do ensino fundamental. Aham que Maria tem problemas de comportamento como reflexo dos problemas da família, tais como pais separados, mãe que trabalha muito, avô muito querido gravemente doente, pobreza e precariedade laboral dos adultos responsáveis pela manutenção da casa. A seu ver, poderia melhorar, caso se esforçasse suficientemente. Assim, não abrem mão da convicção de que sua situação se resolveria caso pudesse se posicionar de modo mais equilibrado e amadurecido – o que, paradoxalmente, não gerou encaminhamento para atendimento psicológico. Compreensivelmente, nenhuma interrogação sobre o ambiente escolar, sobre práticas de ensino ou sobre a função social da escola é feita, seja pela mãe, seja pela escola.

Como enfrentam, de fato, estes dois irmãos, este cotidiano sofrido? João tenta estratégias evitativas, tentando fugir do ambiente que o desvaloriza e se aproximando dos menores, que admiram sua qualidades e não o criticam. As brigas só ocorrem quando os esquemas de defesa não se revelam eficazes. Assim, sonha trabalhar com adultos e ganhar “qualquer coisa” (sic) para ajudar sua mãe. Maria não evita, mas enfrenta. Parece ativamente empenhada na construção de um modo antissocial de defender-se, que lhe garanta certa respeitabilidade, numa linha que descrevemos recentemente numa dissertação de mestrado, na qual estudamos a história de vida de uma mulher, ex-menina de rua, que, em busca de respeito e valorização, vinculou-se a um chefe do tráfico de drogas (Chinalia, 2012). Em companhia de Maria, adentramos facilmente em campos de sentido afetivo-emocional que subjazem a experiências de injustiça e humilhação, o que nos convida ao estabelecimento de uma diálogo próximo com o pensamento winnicottiano.

Humilhação e Delinquência: A Experiência de Injustiça

As histórias de João e Maria mostram, com muita clareza, como dificuldades escolares severas mesclam-se, no seu cotidiano, com experiências de humilhação social, que

ocorrem no ambiente escolar, espaço em que justamente não alcançam o atendimento a exigências mínimas de desempenho, ainda que o sistema de progressão continuada não os exponha, oficialmente, na condição de repetentes. O fato de não estarem alfabetizados é fundamental, pois inviabiliza, evidentemente, toda e qualquer recuperação deste ou daquele conteúdo em particular. Podemos imaginar como pode se tornar penosa a mera permanência no recinto da sala de aula. Não consideraremos aqui, por absolutamente inapropriados, aqueles argumentos segundo os quais o fato de serem muitos os alunos nesta mesma condição, esta situação se tornaria mais tolerável, pois fazer parte de um grupo discriminado nunca seria uma boa solução para o problema.

Não é difícil perceber que Maria está mais comprometida do que o irmão com a organização de seu comportamento em termos de tendência antissocial. Este tipo de problema, recebe, no pensamento winnicottiano, um tratamento bastante diferenciado daquele mais frequente tanto na psiquiatria como na própria psicologia, tenha ou não viés psicanalítico. A teoria de Winnicott (1984) pode ser enunciada de modo simples, a partir de sua visão desenvolvimentista. Estudando fases de desenvolvimento, segundo os modos como tem lugar a dependência da criança em relação aos cuidados ambientais, este autor distinguiu períodos de dependência absoluta, de dependência relativa e de rumo à independência que preferimos designar como rumo à dependência amadurecida, aquela que caracterizaria o adulto saudável.

A visão winnicottiana sobre a tendência antissocial derivou de um trabalho clínico concreto, que realizou quando foi nomeado psiquiatra consultor pelo governo inglês, tendo em vista a retirada de crianças de zonas de risco de bombardeio, durante a segunda guerra mundial. Ocupou-se, especificamente, de crianças mais problemáticas, que não apresentavam condições de serem recebidas em lares comuns. Eram cerca de trezentas crianças, distribuídas em cinco diferentes alojamentos. Esta experiência exerceu profundo impacto sobre o pensamento do autor, levando-o formular a ideia de que a tendência antissocial resultaria da percepção de perda de provisão ambiental anteriormente garantida.

Esta visão merece reparo. Notamos aí uma ruptura radical com o pensamento anterior, psiquiátrico e psicanalítico, que via a delinquência como decorrente de algo que se passaria na interioridade genética e orgânica ou na interioridade psíquica dos indivíduos. Tais visões, que se assentam sobre o que Bleger (1963) denominou mitos do homem natural, isolado e abstrato, servem à negação de que a delinquência é resultante da interação de complexas determinações psicossociais que, por seu turno, resultariam dos modos como se organiza econômica e politicamente a sociedade.

Nesta linha winnicottiana de pensamento, quando o ambiente não responde às necessidades físicas e emocionais da criança, em estado de dependência absoluta, quando não é ainda capaz de se diferenciar do cuidador maternal, em relação a quem se mantém em estado fusional, forjam-se condições que favorecem a psicopatologia psicótica. O bebê seria, neste caso, atingido na possibilidade de emergir, desde a indiferenciação psíquica inicial, como pessoa separada, individuada. Por outro lado, se uma provisão suficientemente boa, que lhe teria possibilidade emergir como personalidade, tivesse sido satisfatória e, a um certo momento, suprimida, durante o chamado período de dependência relativa, estaríamos diante do que denominou de privação. A privação favoreceria a instalação de quadros marcados pela tendência antissocial.

A nosso ver, a teoria winnicottiana merece, neste particular, ser objeto de cuidadosa reflexão, na medida em que tem sido assimilada, pelos estudiosos, como significando que a criança teria tido suas necessidades de bebê concretamente bem atendidas, no momento inicial, para perder posteriormente o que conhecera, em sua própria experiência. Entendemos esta visão como equivocada. Acreditamos, diferentemente, que as conquistas do amadurecimento psíquico e cognitivo, à medida em que tornam a criança mais consciente da realidade em que vive, o que inclui a percepção cotidiana da vigência de profundas desigualdades, que geram evidentes e brutais diferenças no poder aquisitivo, lancem-na de modo violento a situações concretas de injustiça social que poderão ser experienciadas como tais de modo cada vez mais intenso, à medida em que o tempo passa.

Como se vê, estamos postulando uma distinção conceitual entre ocorrência objetiva e experiência vivida, na esteira do modo como vem sendo utilizado no estudo de sofrimentos sociais e experiências de injustiça (Renault, 2004;2008). Esta diferenciação é fundamental, do nosso ponto de vista, uma vez que a psicologia concreta não se interessa apenas pela experiência vivida, segundo o que normalmente encontramos nas pesquisas qualitativas fenomenológicas, para preocupar-se com uma articulação dialética entre experiência e condições concretas de vida (Bleger, 1958;1963). De todo o modo, correspondem a dois registros que podem ser bem compreendidos, quando focalizamos os indivíduos, a partir da consideração, banal da clínica winnicottiana, segundo a qual podemos sofrer de modo mais ou menos dissociado (Greenberg e Mitchel, 1994).

Caberia, então, a pergunta: porque a percepção das desigualdades resultaria imediatamente em experiências de injustiça e não em outro tipo de reação, mais conformista e resignada, na linha do que Martim-Baró (1987) identificou como o que denominaríamos um campo de sentido afetivo-emocional ou inconsciente relativo fatalista? A resposta a esta questão merece outros estudos, mas pode nos bastar, no momento, lembrar que a contraditória e complexa sociedade capitalista cria carecimentos que não consegue atender. Entre esses, podem ser incluídos desenvolvimentos éticos que apontam para o respeito ao outro como semelhante, que não pode ser manipulado e explorado como mera força de trabalho. Em outros termos, apontam para o imperativo de tratamento justo de todas as pessoas.

Ora, é claro que estamos diante de uma enorme contradição, uma vez que o modo de produção capitalista, que gera todas as facilidades da vida, de que poucos gozam, mas que praticamente todos almejam, firma-se exatamente sobre a exploração e dominação de largos contingentes populacionais. Contudo, é importante lembrar que esta configuração não impede, mas antes contribui, para que se se apresente, no horizonte de todos, aspirações relativas ao sentir-se reconhecido, valorizado e tratado com justiça. Ora, se logicamente a justiça, no mundo contemporâneo, exige que os direitos sejam universais, na prática não são apenas as crianças e o adolescentes que se revelam psicologicamente

capazes de conceber sua própria valorização como coerente com o rebaixamento e inferiorização dos demais.

Nesta linha de pensamento, as experiências de humilhação, por meio das quais a injustiça vivenciada a todos os momentos pode ser brutalmente escancarada, parecem motivar, em muitos casos, manifestações, mais ou menos violentas, de protesto adolescente, sob formas eventualmente bastante dissociadas. É desde este prisma que, a nosso ver, devemos considerar o sofrimento do adolescente antissocial, seja qual for a sua forma de expressão, segundo seu poder de causar maior ou menor incômodo. Tal perspectiva convoca a prática de uma clínica psicológica concreta, que não se furte a aliviar o indivíduo e a buscar favorecer seu fortalecimento, mediante a diminuição da dissociação, mas também clama por uma participação ativa no debate político contemporâneo.

Referencias Bibliográficas

- BLEGER, J. (1958) *Psicoanalisis y dialectica materialista*. Buenos Aires, Nueva Vision, 2003.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires, Paidós, 2007.
- CARVALHO, J.S.F. A produção do Fracasso Escolar: Trajetória de um Clássico. *Psicologia-USP*, 22(3), 569-578, 2011.
- CHINALIA, M.J.S. Mulheres na Prisão: Estudo Psicanalítico sobre um Documentário Brasileiro. Dissertação de Mestrado. Campinas, PUC-Campinas, 2012.
- GREENBERG, J. e MITCHELL, S. *Relações Objetais na Teoria Psicanalítica*. Trad. Emilia O. Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MARTIN-BARO, I. El Latino Indolente. Caracter Idológico do Fatalismo Latinoamericano. In Montero, M (org) *Psicologia Política Latinoamericana*. Caracas, Panapo, 1987.

PATTO, M.H.S. A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebeldia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1987.

POLITZER, G. (1928) *Critique des fondements de la psychologie*. Paris, PUF ,2003

RENAULT, E. (2004) *L'Expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. Paris, La Découverte, Kindle, 2013.

RENAULT,E. *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*. Paris, La Découverte,2008.

RIBEIRO, V.M Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. Educação e Sociedade, 60, 144-158, 1997.

VIEGAS,L. Tempos de Progressão Continuada: A Vida Escolar a partir de uma Pesquisa Etnográfica. Estudos IAT, 1(3),91-115, 2010.

WINNICOTT, D.W. (1984) *Privação e Delinquencia*. Trad. Alvaro Cabral. São Paulo, Martins Fontes,2012.

SESSÃO DE PÔSTERES

SER E FAZER

**“O BATOM E O PÃO”: DIÁLOGOS ENTRE A EXPERIÊNCIA ELEMENTAR E O
ESTILO CLÍNICO SER E FAZER**

Tânia Aiello-Vaisberg

Maria Camila Mahfoud Marcoccia

Universidade de São Paulo

Resumo Este artigo tem como objetivo articular o pensamento winnicottiano, que coloca a impossibilidade de se sentir “vivo e real” como sofrimento radical, com a proposição antropológica da experiência elementar. Justifica-se na medida em que D.W. Winnicott e L.Giussani adotam visões convergentes, que podem se enriquecer mutuamente, contribuindo para iluminar questões relevantes que emergem no cuidado emocional a indivíduos e grupos e ganham relevância na abordagem dos sofrimentos sociais e da psicopatologia da exclusão. Apresenta, de modo sucinto, aspectos das propostas desses autores que podem ser considerados pertinentes ao objetivo aqui estabelecido, abordando uma vinheta que tematiza a busca da beleza em contexto de pobreza. Finaliza defendendo que a busca pela gestualidade espontânea, que caracteriza a autenticidade, pode ser ampliada a partir do reconhecimento das exigências constitutivas da pessoa humana que, como dimensão motivacional originária, podem servir como horizonte de processos psicoterapêuticos.

Palavras-chave: gesto espontâneo, experiência elementar, exigências, psicologia concreta, D.W.Winnicott.

Não temos nenhuma notícia sobre a possibilidade de Winnicott ter alguma vez conhecido ou se interessado pela antropologia de Giussani. Não nos parece, também, que a psicanálise winnicottiana tenha desempenhado qualquer papel no reconhecimento da centralidade da chamada experiência elementar. Contudo, um psicanalista que propôs uma teoria do amadurecimento emocional que tinha como horizonte uma posição existencial que descreveu como possibilidade de “sentir-se vivo e real”, deixou uma obra

que pode se enriquecer à luz de uma visão antropológica que reconhece e valoriza exigências originárias segundo as quais se constituiria a pessoa humana.

Assumimos, aqui, que o conceito de *experiência* é uma ponte, um canal, que permite que se efetive uma comunicação entre os pensamentos desses dois autores, numa fertilização recíproca. Essa aproximação foi decisivamente facilitada pelo trabalho indispensável de Mahfoud (2012), na medida em que o autor propõe, num diálogo preciso e generoso, trazer a teoria da experiência elementar para o campo da prática psicológica. Por essa via, descortina modos pelos quais importantes questões, enfrentadas na clínica, podem ser elucidadas a partir da compreensão de um fundamento originário, por meio do qual se daria a constituição da pessoa, e que não cessa de gerar efeitos ao longo de sua trajetória vital, esteja ela marcada predominantemente pelo sofrimento ou por um fruir mais afortunado da existência.

Quando decidimos estabelecer uma interlocução com autores não psicanalíticos, usando como caminho o conceito de experiência, certamente expomo-nos a críticas. Não raras vezes, defrontamo-nos com argumentos segundo os quais esse conceito seria estranho ao campo psicanalítico, por pertencer, “de direito”, à fenomenologia, não figurando como verbete nos dicionários psicanalíticos oficiais. Se a isso respondemos lembrando que na obra bioniana esse conceito ocupa uma posição central (Rezze, Marra e Petriccioni, 2012), ou que o próprio método psicanalítico – não suas doutrinas eventualmente tomadas como dogmas – assenta-se sobre uma atitude fenomenológica, corremos o risco de sermos considerados ecléticos ou pouco rigorosos. São frequentes, como sabemos, argumentos segundo os quais cada conceito deve ser usado no contexto específico em que foi proposto, para evitar incoerências e equívocos. Contudo, se levarmos tais cuidados a extremos, no contexto das ciências humanas e da pesquisa qualitativa, em breve não conversaremos a não ser com aqueles “que torcem para o nosso time”, o que pode limitar extraordinariamente nosso universo intelectual.

Entretanto, refutamos as eventuais críticas, segundo as quais estaríamos nos apropriando de um conceito externo ao campo psicanalítico, sustentando que todas as vertentes não-

positivistas da psicologia trabalham efetivamente com o conceito de experiência, explícita ou implicitamente. Provavelmente não o utilizam no mesmíssimo sentido, mas de modo suficientemente próximo para permitir um diálogo. Tal intercâmbio pode se tornar cada vez mais produtivo quanto mais nos esforçarmos para definir com clareza os termos que utilizamos – e esse esforço tem sido feito. Tomar todos os termos como idênticos, ignorando sutis mas importantes diferenças, é um descuido inadmissível. Por outro lado, considerá-los sempre com cognatos enganosos, ou seja, palavras iguais ou parecidas, de dois idiomas, que apresentam sentidos absolutamente diversos, provocando equívocos que geram risos e embaraços, define uma atitude intelectual desnecessariamente paranoide. Além disso, pensamos que precauções extremadas acabam por favorecer transmissões verticalizadas de conhecimentos, que concentram poder sobre alguns autores “autorizados”, dificultando o salutar exercício de uma certa transversalidade dialógica, que é a esperada não apenas no campo científico e filosófico, mas em todos os setores da vida humana.

Deste modo, visando facilitar um intercâmbio necessário com outras abordagens da psicologia e da pesquisa qualitativa, finalizaremos esta parte do nosso texto esclarecendo o modo como temos trabalhado com o conceito de experiência, seguindo indicações epistemológicas de Bleger (1963). Ao conceber a psicologia como ciência humana concreta, entendemos que lhe competiria estudar o mesmo objeto de todas as disciplinas humanas, vale dizer, a conduta. Caberia a cada uma delas considerar conjuntos específicos de qualidades e características desta complexidade, que é o fenômeno humano, ficando reservado à psicologia o estudo dos atos humanos enquanto experiência afetiva e vincular, vale dizer, enquanto dramática humana (Politzer, 1928). Assim, definimos experiência como uma *dimensão* do acontecer humano, de modo que os pesquisadores que se comprometem com seu estudo focalizam a produção de conhecimento sobre o humano dentro de um certo âmbito, que não se confunde com planos sociológicos, antropológicos, históricos, políticos ou econômicos, aos quais, contudo, deveria a psicologia se articular. A abordagem da experiência diferencia-se, também, do estudo de rendimentos cognitivos e intelectuais, que reputamos importantes e necessários, mas próprios de um campo outro de pesquisa, que se avizinha da psicofisiologia.

Sofrimentos sociais e clínica psicológica contemporânea

Contraditoriamente, o neoliberalismo global, ao mesmo tempo em que vem criando crescente pauperização e precariedade laboral, tem permitido, ao trazer avanços tecnológicos e incentivar o consumismo, um aumento de circulação social da informação. Tal situação pode ser considerada, à luz das colocações de Heller (1982), como característica do sistema capitalista, na medida em que permite um desenvolvimento material que torna os grupos sociais mais conscientes de seus carecimentos radicais. Entretanto, por fundar-se exatamente sobre desigualdades e uso do homem pelo homem, esse sistema não suporta o efetivo atendimento do humano, o que indica que imperativos éticos, e não apenas políticos, clamam por sua superação.

É nesse contexto que podemos compreender o fato de que um novo tipo de demanda vem batendo, cada vez mais insistentemente, às portas da clínica psicológica universitária, bem como naquelas de equipamentos e instituições de diferentes naturezas, onde atendimento psicológico popular é realizado. Configura-se, assim, o que vem sendo conhecido como sofrimento social ou psicopatologia da exclusão, campo do saber que não é absolutamente novo na América Latina, (Moffatt, 1974). Trata-se de uma proposta que vem se expandindo e, vale destacar, encontrando eco, mais recentemente, em nosso país, na medida em que aqui vigora uma expressiva opção, por parte dos psicólogos, como coletivo profissional, no sentido de inserir-se em trabalhos institucionais. Não ignoramos, de modo idealista, que muitos profissionais procedentes de classes médias abastadas, que cursaram faculdades particulares que proliferaram assustadoramente a partir de uma lógica puramente empresarial, aceitaram este tipo de emprego por aí verem uma expansão de oportunidades no mercado de trabalho. Contudo, uma ampla parcela de psicólogos tem trilhado esse caminho a partir de posicionamentos éticos e políticos maduramente consolidados. De todo o modo, configurou-se um encontro com esses novos pacientes, que pedem ajuda a partir de dramas vinculares e relacionais vivenciados no contexto cotidiano das classes desfavorecidas e subalternas. Essa demanda fecunda antigas teorias, cunhadas em outras condições sociais, culturais e históricas.

Evidentemente, as ajudas profissionais, buscadas junto a instituições religiosas, não deixaram de ser importantes, como bem pode demonstrar o exame da programação de rádio e televisão. Afinal, o atendimento ao sofrimento humano sempre foi um canal para o proselitismo religioso e até queixas relativas à pobreza recebem, como resposta, os convites das chamadas igrejas da prosperidade, que prometem melhoras da vida financeira como resultado da observação sincera de seus preceitos. Contudo, observamos que, na prática, esses dois tipos de ajuda não se excluem, de modo que a mesma família que frequenta a clínica psicológica segue recebendo assistência do pastor ou do pai de santo, tendo em vista a solução de seus problemas.

Entretanto, observamos, também, com inegável desagrado, que alguns psicólogos ainda raciocinam em termos de uma diferenciação, atualmente insustentável, mas assumida entre nós manifestamente há algumas décadas, relativa à possibilidade de distinção entre casos sociais, casos orgânicos e casos psicológicos. Segundo essa visão, os doentes deveriam ser tratados por médicos e enfermeiras, os pobres pelos assistentes sociais, enquanto apenas os sofrimentos de causa inquestionavelmente emocional seriam da alçada do psicólogo. Evidentemente, essa ideia não resiste a um exame sensato. Não há, hoje, como pensar que uma pessoa acometida de uma doença física não venha a sofrer emocionalmente, diante da perspectiva de perdas ou de riscos que envolvem sua integridade física. Quando começaram a ver esse fato com absoluta clareza, os profissionais de saúde passaram a aceitar de bom grado a contribuição dos psicólogos. Por outro lado, aquele paciente idealizado, que só apresentaria problemas emocionais, não poderia deixar de ser proveniente de classes médias ou mais abastadas, brancas, instruídas, urbanas, sendo, preferencialmente, fisicamente saudável. Como “um dos nossos”, para o profissional universitário, debater-se-ia unicamente com questões subjetivas e relacionais. A preferência por esse tipo de caso, no contexto brasileiro, indica uma opção ideológica, que permanece entre a ingenuidade e a má fé. Finalmente, a ideia de que a pobreza deve ser resolvida exclusivamente mediante medidas sociais ou, no máximo sócio-educacionais, principalmente se não se tiver tornado “caso de polícia”, negando-lhe qualquer escuta psicológica, apresenta-se como discriminação intolerável

desde um posicionamento ético de respeito humano. Aqui cabe lembrar Paulo Freire (1988) quando adverte acerca de como os mais pobres podem ser desconsiderados:

“ É impressionante observar como as estruturas perversas da sociedade capitalista, principalmente ao nível da nossa, criar as condições materiais que geram, de um lado, sofrimentos tão profundos, nas classes populares, negado a elas o direito de expressá-los, e de outro, nas classes dominantes, a certeza de que aqueles são insensíveis, são gente bruta, que nada sabe, nem mesmo sofrer (Freire, 1988,p.6)”.

Embora mais de duas décadas se tenham passado desde a escrita desse texto, não duvidamos de que guarde inegável atualidade, em termos do que provavelmente circula no imaginário coletivo (Aiello-Vaisberg, 2010), permitindo que se suporte, na vida urbana, a visão da pobreza extrema, de crianças e adultos. Em grandes metrópoles, escuta-se, com frequência, falas que revelam indiferença e cinismo, do tipo: “aqui se ganha mais esmolando num cruzamento de ruas do que trabalhando honestamente” ou “na cidade grande ninguém passa fome porque os grandes restaurantes geram muita sobra de alimentos que é distribuída entre adultos e crianças de rua” e outras do mesmo calibre. Assim, a pobreza, como condição evidentemente geradora de sofrimento emocional, é banalizada. A dimensão das experiências de desamparo, de humilhação e de injustiça é simplesmente apagada – num movimento que expressa a face de outra miséria, aquela da insensibilidade afetiva e moral.

Ora, esse verdadeiro desrespeito é algo que preocupa porque não pode ser compreendido como mera manifestação psicopatológica de indivíduos perversos ou psicopatas. Ao contrário, insinua-se no imaginário coletivo (Aiello-Vaisberg,2010) e acaba sendo adotado por pessoas que, em seus relacionamentos, podem se mostrar respeitadas com aqueles que, a seu ver, são “as pessoas”, excluindo, de maneira insidiosa (Pontes et al,2008), aqueles que, em virtude da pobreza e da subalternidade, são, na prática, um tipo inferior de indivíduos, quase “não-pessoas”.

Desse modo, consideramos importante ressaltar que, desde nossa perspectiva, onde há sofrimento humano cabe atenção psicológica clínica, jamais no sentido da psicologização do social, e sim da politização do psicológico. O que aqui está em jogo é o cuidado a pessoas individuais e coletivas que sofrem emocionalmente, sejam quais forem suas estratégias de sobrevivência afetivo-emocional, em decorrência de fato de viverem em condições sociais injustas. Não esperamos mudar a sociedade diretamente por meio da clínica. Entretanto, certamente reconhecemos o imperativo de inclusão daqueles que sofrem, a partir da precariedade social, no direito à ajuda psicológica e entendemos que seu fortalecimento pode contribuir para torná-los agentes sociais mais participativos e capazes de lutar pela superação de condições sociais injustas.

O conceito de exigência

O pensamento sobre a experiência elementar desenvolveu-se, primordialmente, em contextos formativos educacionais, definindo-se como uma antropologia que certamente pode enriquecer notavelmente práticas psicoterapêuticas. Essa possibilidade foi demonstrada, de modo feliz e convincente, por Mahfoud (2012), que indica como os horizontes do psicólogo clínico podem se ampliar quando passa a compreender os processos de crescimento e amadurecimento pessoal à luz do chamamento persistente que as exigências elementares exerceriam sobre todas as pessoas.

Parece-nos oportuno lembrar que o conceito de exigências nasce no contexto de reflexões filosóficas, de cunho ético, que guardam clara proximidade com perspectivas antropológicas de fundamento religioso (Lalande,1926). Esse termo parece ter surgido no cenário francês, sob a pena do filósofo católico Édouard Le Roy (1907). Entretanto, passou a ser bastante utilizado, adquirindo importância inegável na obra de importantes pensadores, como Lévinas (Lacis,2013). Faz apelo a algo que se impõe, que seria vivenciado como um valor superior, mesmo em condições nas quais não se cumpre em termos concretos.

No âmbito da filosofia ética, o termo exigência tende a estar associado a visões que apostam na possibilidade de estabelecimento objetivo de preceitos universalmente válidos. Trata-se, como sabemos, de posicionamentos que tem sido defendidos tanto no âmbito de filosofias cristãs, como no kantismo, no hegelianismo e no próprio marxismo, como bem explica Rohr (2013):

“ Por mais distintas que estas posições possam parecer, o que as une é a crença na predeterminação ética em diretrizes fixas e definidas, independentemente da vontade do sujeito singular. É tarefa adequar a vontade dele ao objetivamente válido para não se desencontrar com o próprio destino humano, posição esta que se encontra na base das filosofias da modernidade (Rohr, 2013,p.119).

Sob a noção de experiência elementar, cujo caráter seria originário, na constituição da personalidade humana, surgiriam, como manifestação essencial do modo humano de ser, exigências tais como a de liberdade, verdade, justiça, amor e beleza, entre outras. Tais exigências estariam sempre presentes no horizonte da experiência pessoal, como critérios a partir dos quais o vivido seria efetivamente julgado – mesmo que esse processo nem sempre se dê de modo consciente, mesmo que possa ser eventualmente distorcido por defesas psicológicas, segundo cremos como psicanalistas. A experiência elementar pode, portanto, ser pensada como um crivo, originariamente dado, cujo valor e verdade seriam intuitivamente reconhecidos, na perspectiva antropológica de Giussani (1966). Em outros termos, dar-se-ia, como experiência humana, de modo direto e pré-reflexivo.

Cabe aqui um parêntese que pode ter certa importância. Queremos nele lembrar que, na perspectiva que temos adotado⁴, o que é originariamente dado, no plano ontológico, pode ser concebido como algo que foi concretamente desenvolvido ao longo da história pela própria humanidade. Adotamos, portanto, inspiradas na lógica paradoxal da transicionalidade, uma visão segundo a qual ampliamos a noção para admitir que, no plano da dramática humana, lidamos com realidades e verdades que seriam criadas/encontradas (Winnicott, 1971). Contudo, pretendemos lidar com tais questões de modo prudente, por dois tipos de razões. Em primeiro lugar, porque tememos os riscos inerentes à invocação de verdades ditas superiores, que podem ser usadas como justificativa para atos inaceitáveis, conforme a lógica de que altos fins justificam os meios. Em segundo lugar, porque também tememos posicionamentos relativistas, que consideram que o sujeito ético pode se limitar a fazer de sua própria vida uma “obra de arte”, estabelecendo valores a partir de critérios exclusivamente estéticos (Rohr, 2013). A nosso ver, posturas reacionárias inaceitáveis tem se combinado com vanguardismo intelectual e artístico, atraindo incautos que não lhes avaliam totalmente as consequências. Por este motivo, vemos com profundas reservas esta segunda posição. Não nos ateremos, neste momento, a esse tipo de discussão, nem exigiremos do leitor acadêmico mais do que um acordo quanto à constatação de que vivemos hoje sob um sistema globalizado contraditório, sob o qual viceja, malgrado a violência e opressão do homem pelo homem, um discurso de respeito aos direitos humanos. Os ideais professados são mais raramente praticados, de modo que o repúdio radical do uso do outro como objeto, a respeito do qual uma grande maioria está teoricamente de acordo, persiste como prática fundamental do sistema capitalista (Heller, 1982). Contudo, constatamos que uma expressiva maioria, não alinhada à visão relativista, converge, no que tange ao reconhecimento de que o respeito à liberdade, à verdade e à humanidade do outro homem, são exigências éticas fundamentais. Assim se reúnem tanto aqueles que filosofam a partir de um solo religioso como outros que desenvolveram seu posicionamento a partir de pensamentos utópicos, de caráter ético e político. Vale até lembrar que muitas vezes, fé religiosa e utopia política se têm articulado

⁴ Referimo-nos aqui ao estilo clínico Ser e Fazer, que dispõe grande parte do seu acervo de produções em www.serefazer.psc.br.

harmoniosamente no âmbito da história de vida pessoal de figuras que inclusive se tornaram historicamente importantes⁵.

No contexto específico do pensamento de Giussani (1966), o conjunto das exigências elementares definiria a própria estrutura da pessoa humana, constituindo-se como horizonte a partir do qual situações que provocam experiências de desamparo, de humilhação e de injustiça, seriam claramente percebidas como contrárias ao *éthos* humano. Impõem-se, portanto, como algo que clama pela superação de condições de desigualdade, de opressão, de exploração, de desrespeito e de falta de solidariedade. Quando levadas em conta, como potência motivacional, as exigências da experiência elementar iluminam a compreensão de movimentos sociais que defendem práticas inclusivas. Não deixam, também, de contribuir para a compreensão de condutas patológicas, que nascem da desesperança e do sofrimento, ao qual as pessoas simplesmente “não se acostumam” justamente porque as exigências fundamentais não se calam.

Experiência elementar na psicologia

Segundo Mahfoud (2012), o reconhecimento da experiência elementar pode nortear a clínica psicológica. A nosso ver, essa orientação se casa coerentemente com referenciais teóricos que adotam antropologias humanistas, tais como a fenomenologia, a terapia centrada na pessoa, a psicoterapia existencial ou a psicanálise winnicottiana. Um

⁵ No contexto de uma lógica cartesiana, o trabalho com o conceito de exigência demandaria, a bem da coerência, a adesão a posicionamento religioso, no sentido preciso do termo. Assim, estaria em questão, como um pré-requisito, o fato de podermos ou não crer em Deus ou em alguma forma de divindade ou de sagrado, sobre a qual poderíamos fundar a pré-existência das exigências. A eventual impossibilidade de aceitação desta crença impediria o uso do conceito. Contudo, sob uma lógica paradoxal, com a qual temos aprendido a conviver na clínica winnicottiana (Winnicott, 1971), sentimo-nos confortáveis para admitir que as exigências possam ser originalmente dadas, na própria estrutura da pessoa humana, e *simultânea e paradoxalmente* criadas pela humanidade ao longo do processo histórico. Além disso, vivemos uma época histórica em que o reconhecimento do sagrado não coloca indivíduos e grupos obrigatoriamente sob o jugo de autoridades religiosas institucionais que combateriam o livre pensamento e a atividade científica, quando nos movemos fora de esferas fundamentalistas, sejam religiosas, sejam políticas.

enriquecimento da prática pode ser alcançado quando a abordagem teórica adotada pode se articular à antropologia proposta pela experiência elementar. Desta feita, considerar que a experiência elementar estaria sempre presente no horizonte vivencial dos pacientes, mesmo quando as manifestações da conduta parecem contraditórias em relação a esse núcleo constitutivo, tem-se revelado, em sua prática, um caminho fecundo, cujo cerne consiste no reconhecimento de que todo sofrer apresenta, em sua raiz, negação ou redução das exigências originárias. Consequentemente, a identificação sobre os modos pelos quais o crivo originário incide na experiência concreta pode iluminar a compreensão acerca daquilo que motiva as ações e configura o acontecer⁶. Essa visão afina-se, a nosso ver, com aquela defendida por Bleger (1963) quando admite que toda conduta, sendo, a cada momento, a melhor possível, não se reduz à afetação emocional pelo passado, nem a determinações sociais, políticas, históricas e culturais inescapáveis, mas é também guiada por buscas prospectivas.

Do ponto de vista proposto por Giussani (1966), a experiência elementar corresponderia a um conjunto de exigências originárias, constituintes do modo humano de ser, que estariam na base de todos os seus atos. Afirma que esta pode ser considerada um crivo, à luz do qual toda experiência seria considerada, por meio do que se torna possível identificar, portanto, tanto a realização, um fruir da vida, como o sofrimento. Assim, como bem demonstra Mahfoud (2012), configura-se como um posicionamento que pode orientar a clínica psicológica atual que, como sabemos, vem sendo interpelada por demandas que revelam sofrimentos radicais (Arós e Aiello-Vaisberg, 2009).

As exigências elementares surgiriam, no contexto da vida individual, sob a forma de anseios e inquietações, que se fazem como verdadeiros “nós” nos quais se entrecruzam a liberdade subjetiva e a externalidade e independência do mundo, vale dizer, as condições

⁶ A obra fala diretamente à clínica mas deixa pistas seguras acerca do modo como essa visão fundamenta-se claramente no pensamento antropológico de Giussani (1966) e na fenomenologia. Embora convidando a reflexões e aprofundamentos, o livro traz lições que podem ser rapidamente utilizadas do ponto de vista prático. Esse fato, à primeira vista surpreendente, uma vez que não estamos circulando em contextos teóricos simplificadores e positivistas, pode ser facilmente explicado quando lembramos que aqui se trata, como diz Mahfoud (2012) de recuperar algo que já existe, em toda pessoa, de modo intuitivo, tendo em vista atingir a compreensão dos dramas trazidos pelos pacientes, iluminando atos e dramas como tentativas, certamente não bem sucedidas, de atendimento a exigências radicais.

concretas de vida, relacional e material. De nossa parte, entendemos essas ideias como reconhecimento de que os sofrimentos e dramas humanos são concretos – vale dizer, situam-se em contextos sociais, históricos, culturais e geopolíticos. Esse fato não pode ser desconsiderado, na medida em que nos deixaria à mercê dos chamados mitos do homem natural, isolado e abstrato (Bleger,1963), que deturpam de modo inaceitável uma visão correta da condição humana.

Sabemos que, para muitos, a aplicabilidade da perspectiva da experiência elementar só guardaria coerência com vertentes fenomenológicas e humanistas da psicologia, não podendo ser harmonizada com o pensamento psicanalítico. Sem dúvida, essa apreciação seria verdadeira caso identificássemos como psicanalíticas apenas as formulações alinhadas ao modelo estrutural-pulsional inaugurado pela especulação metapsicológica (Greenberg e Mitchel,1983). Entretanto, quando adotamos contribuições psicanalíticas, fundamentalmente metodológicas, a partir da psicologia concreta, não temos dificuldade em admitir que os pacientes buscam ou são encaminhados para ajuda psicológica, apresentando variadas queixas, sob as quais encontraremos, invariavelmente, movimentos existenciais que indicam a percepção, frequentemente não consciente, de um descompasso entre um plano de possibilidades de realização e o que efetivamente está acontecendo como drama de vida. Este desacerto entre planos é algo da ordem de um reconhecimento que, a nosso ver, deriva da consideração intuitiva da experiência elementar.

Pensamos também que a noção de exigências fundamentais favorece uma compreensão dramática das condutas, tal como buscada pela psicologia concreta, que temos praticado como estilo clínico “Ser e Fazer”, na medida em que é pensada como ímpeto motivacional subjacente aos atos e posicionamento humanos. Tal visão ilumina a compreensão das demandas que geram a busca de ajuda psicológica, na medida em que a própria apresentação da queixa pode ser compreendida como manifestação que fala sobre maior ou menor afastamento da possibilidade de atendimento das exigências originárias a partir das quais se estrutura a pessoa humana. De um certo modo, toda demanda pode ser pensada como tentativa de aproximação de posicionamentos que possam se alinhar harmoniosamente com aquilo que define e configura a condição humana. De fato, as

exigências, sobre as quais podemos refletir eticamente, estão sempre operantes, no plano cotidiano da convivência próxima e das práticas sociais.

Provavelmente, uma forma interessante de nos acercarmos da noção de exigência, tal como formulada no contexto teórico da experiência elementar, seja pela narrativa e comentário de uma vinheta, relativa a uma interação cotidiana, que envolveu diretamente a pessoa de Giussani. Acreditamos que esse recurso facilitará a exposição de nossas reflexões e o desenvolvimento posterior do texto, que, como veremos, destacará, mais adiante, o conceito winnicottiano do “sentir-se vivo e real”.

O episódio, narrado por Da Rold (2009), desenrolou-se ao redor do fato de um grupo de estudantes ter dado dinheiro a uma mulher de rua, que utiliza o valor para comprar meias-calças, uma blusa e um batom. Os jovens questionam essa atitude junto ao mestre, entendendo que, caso agisse com sensatez, a mulher deveria se preocupar com suas necessidades básicas, usando a quantia recebida para obter alimentos e roupas que a protegessem do frio, sem ceder a motivações fúteis de vaidade feminina. Entretanto, Giussani surpreende seus alunos, convidando-os a refletir sobre que tipo de realização essa pedinte estaria buscando e lhes propõe uma outra visão, lembrando-lhes que, de acordo com o julgamento deles, sendo pobre, esta mulher deveria raciocinar em termos meramente pragmáticos. Pondera, a seguir, que as condições de vida na rua provavelmente a privavam de cuidar-se *como mulher*⁷, em termos que, na nossa sociedade não são acessíveis a todos. Essa perspectiva, que amplia o espectro motivacional em jogo, tornaria um ato, aparentemente insensato, compreensível e, de certo modo, legítimo.

Percebemos, pelo relatado, que Giussani está abrindo um questionamento sobre o que temos estudado a partir do conceito de imaginário coletivo, que concebemos como ambientes psicológicos humanamente produzidos (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008). Nessa perspectiva, somente mulheres que detêm certo poder aquisitivo teriam direito a praticar cuidados estéticos. Por que essa mulher estaria excluída, de modo inescapável,

⁷ Esperamos mostrar, logo a seguir, nossa visão crítica sobre o que normalmente é compreendido sob o rótulo do “cuidar-se como mulher”. Entendemos que o autocuidado, inclusive estético, tem importância universal e que a ideia de diferenciar cuidados femininos e masculinos não passa, provavelmente, de um “sintoma” de que padece a sociedade contemporânea. Entretanto, esta não é, aqui, a questão em foco. Por outro lado, não aprofundaremos nenhuma discussão sobre a exigência de beleza, questão de inegável importância que extrapola os objetivos do presente texto.

do acesso ao uso de cosméticos? Claro que não estamos aqui defendendo especificamente este ou aquele hábito de consumo como essencial, pois cremos que, no âmbito do que se pode denominar como cuidados estéticos femininos, revelam-se aspectos bastante criticáveis, quando certas ideias de beleza ou certos modos performáticos de viver a sexualidade feminina estão em jogo (Butler, 2003). Interessa-nos, somente, indicar tanto o modo como se comportam aqueles que, por estarem dando dinheiro, veem-se no direito de criticar moralmente o comportamento da mulher, como chamar a atenção para o modo compreensivo, solidário, respeitoso e inclusivo a partir do qual Giussani interpreta os mesmos atos, justamente porque guia sua apreciação da situação pelo crivo das exigências fundamentais.

Esse posicionamento inclusivo tem como base uma visão filosófica segundo a qual uma invariante humana, ligada à estrutura do modo humano de ser, consistiria no defrontar-se inevitável e continuamente com a experiência elementar, como dimensão motivacional que originariamente inspiraria nossos atos, mesmo quando nos confundimos e nos equivocamos (Giussani, 1966). Assim, as exigências não se confundem com necessidades nem com desejos. No caso em discussão, ocorre algo muito interessante que faz lembrar colocações freudianas, na medida em que deixavam claro que abaixo das chamadas racionalizações estariam atuando motivações inconscientes. Entretanto, uma diferença fundamental fica evidente: enquanto a psicanálise estrutural-pulsional coloca, sob as racionalizações, uma base motivacional restrita à sobrevivência e à satisfação da sexualidade – reduzindo evidentemente o homem a um organismo e abandonando um plano de compreensão dramática da pessoa, a teoria da experiência elementar propõe uma visão que se mantém no plano de uma teorização antropológica, que visa precisamente a pessoa humana.

Assim, no que diz respeito à mulher, não sabemos quão consciente da exigência de beleza poderia estar e esta não nos parece, aqui, a questão mais imediatamente relevante, pois seus direitos permanecem vigentes mesmo se deles não tiver clara consciência (Renault, 2004). Por outro lado, temos clareza sobre o quanto os estudantes estavam impossibilitados de admitir que aquela pessoa tão pobre pudesse ter seus atos motivados por essa exigência, o que trai um pensamento excludente. Ora, evidentemente

o reconhecimento das exigências, concebidas como universais, é absolutamente fundamental, numa clínica voltada para o cuidado de vítimas de sofrimentos sociais.

Nessa linha, nossas reflexões nos têm levado a acreditar que provavelmente a perspectiva de respeito às exigências fundamentais, ao iluminar tanto o sofrimento como a felicidade, favorece extraordinariamente a compreensão de situações humanas nas quais se mesclam carências materiais e experiências de desamparo, humilhação e injustiça. Tais situações vêm gerando demandas de ajuda psicológica, tanto como busca de alívio de angústias como de esperança de superação do desamparo, da humilhação e da injustiça. Deste modo, fica fundamentada uma clínica ética absolutamente inclusiva, que repudia toda e qualquer forma de discriminação social. Afirmar Giussani (1966):

"La exigencia de bondade, de justicia, de verdade, de felicidade, constituye el rostro último, la energía profunda con la que los hombres de todos los tiempos y de todas las razas se acercan a todo, hasta el punto de que pueden vivir entre sí un comercio de ideas – y no sólo de cosas – y pueden transmitirse riquezas entre ellos a distancia de siglos (...) Porque la experiencia elemental, como decíamos, es substancialmente igual en todos, aunque luego se define, traduzca y realice de modos muy distintos, incluso aparentemente opuesto" (Giussani, 1966, pos.351).

Tal posicionamento converge, em suas linhas fundamentais, com os valores que subscrevemos ao defender uma psicanálise concreta, bem como com o que temos praticado numa clínica que encontrou no pensamento winnicottiano inspiração para a proposição de enquadres clínicos diferenciados, de caráter decisivamente inclusivo (Aiello-Vaisberg, 2004).

Necessidades e exigências: considerações conceituais

Focar a conduta vincular e dramática, ou seja, a

WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In D.W.Winnicott *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Tradução Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988

INNICOTT, D.W.(1956) A tendência anti-social. In *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Trad.Jane Russo. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves,1988

WINNICOTT, D.W. (1958) Psicanálise do sentimento de culpa. In *O ambiente e os processos de maturação*. Trad. Irineo C.S.Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas,1982.

WINNICOTT, D.W. (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação*. Trad. Irineo C.S.Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas,1982. experiência afetivo-emocional, significa produzir conhecimento sobre pessoalidades, individuais e coletivas, em primeira pessoa (Politzer,1928), vale dizer, *desde o ponto de vista* da própria pessoa. Essa experiência, como bem indica a prática clínica, em psicologia, está sempre vinculada aos sentidos atribuídos aos acontecimentos vitais. Nesse plano existencial, opera uma forma muito específica de causalidade, que pensamos que não deve se limitar ao que filosoficamente se conhece como causa eficiente ou lei de causa e efeito, mas abarcar uma dimensão finalista, que denominamos motivação.

A motivação, frequentemente não consciente, pode ser focalizada em diferentes tempos, vale dizer, em estudos que consideram o passado, em termos históricos, genéticos e evolutivos, em termos que privilegiam o presente, em registro situacional, ou segundo modalidades prospectivas, voltadas para o futuro (Bleger,1963). Não há como negar que a psicanálise, especialmente em função do complexo esquema causal denominado “séries complementares” (Freud, 1916), reconheceu com grande ênfase a importância do passado infantil na constituição psicológica do adulto. Contudo, infelizmente, descuro da dimensão prospectiva, vendo muitas vezes aspirações e necessidades dos adultos como mera reedição de faltas vividas na infância. Na prática, esse modo de equacionar problemas humanos chega a assumir feições evidentemente distorcidas, como se tudo o que é importante na vida de um ser humano tivesse lugar durante os cinco primeiros anos de sua existência.

Poucos autores psicanalíticos conseguem reconhecer a importância do futuro, como faz Winnicott, principalmente no campo do estudo da tendência antissocial infantil e juvenil,

quando propõe que o ato delinquente deve ser compreendido como “sinal de esperança”, correspondendo, assim, à busca de algo que deveria ter sido justamente recebido (Winnicott, 1956). Nesse caso, estamos diante de uma compreensão pouco comum, no campo psicanalítico, que invoca expectativas de justiça, que se articulam a privações vividas no passado, como motivação básica da conduta.

Entretanto, Winnicott opera, em sua teorização, a partir de dois conceitos básicos: necessidades e desejos. Nisto não foge, à primeira vista, do estabelecido anteriormente por Freud quando distinguiu as pulsões sexuais e de auto-conservação (Laplanche e Pontalis, 1967). Vale, contudo, ressaltar que já aí encontramos profundas diferenças, pois enquanto a metapsicologia opera a partir do conceito de organismo, o pensamento de D.W. Winnicott organiza-se ao redor do conceito de pessoa (Greenberg e Mitchell, 1983).

Fica, assim, muito ressaltado, no âmbito da teorização winnicottiana, que as necessidades devem ser atendidas – chegando a dizer que “*seria desumano*” não fazê-lo (Winnicott, 1962, p. 152), enquanto os desejos, sendo originalmente eróticos, podem ser ou não ser realizados, na medida em que 1) não colocam em risco a integridade da pessoa e 2) envolvem a liberdade de outra pessoa.

O desejo sexual está, indiscutivelmente, ligado a um componente de excitação biológica, que é vivido, no início da vida e posteriormente, sob condições psicopatológicas, como estranho ao *self*. Com o amadurecimento, pode vir a ser integrado como parte do próprio indivíduo, que deste modo, nunca é visto apenas como um organismo em que forças biológicas impessoais atuam, para se tornar pessoa que vivencia desejos eróticos. Contudo, verificamos que, curiosamente, as necessidades humanas acabam recebendo uma atenção maior, na clínica winnicottiana, do que os desejos. A nosso ver, isso ocorre por dois motivos: 1) porque as queixas trazidas pelos pacientes não são tão facilmente interpretáveis como frutos de repressão da sexualidade, em função de uma óbvia mudança cultural, mas se referem a outros tipos de sofrimentos emocionais e 2) porque a teorização winnicottiana não permite que as variadas aspirações humanas sejam pensadas como sublimações de pulsões sexuais⁸.

⁸ A bem da justiça, vamos lembrar, com Laplanche e Pontalis (1967) que o tópico da sublimação não foi suficientemente desenvolvido por Freud e que o fato de ter apontado que certas realizações humanas seriam sucedâneos de satisfações eróticas não justifica atribuir a Freud um pensamento segundo o qual todas as realizações dos seres humanos seriam sempre

Nesse contexto, o conceito de necessidade acaba ficando sobrecarregado, para designar fenômenos tão diversos como a necessidade de *holding* do recém-nascido, que ainda não existe “desde seu próprio ponto de vista” (Winnicott, 1945), como a necessidade de reconhecimento e respeito que indivíduos adultos e amadurecidos demonstram ao longo de toda a vida. Essas seriam, nesse sentido, “necessidades” amadurecidas, digamos assim. Nessa linha, o indivíduo saudável teria suas ações motivadas por “necessidades” amadurecidas, em função das quais configuraria grande parte de sua existência, e por desejos eróticos, que regeriam a esfera sexual. O mais interessante, nesse quadro, é o fato de que a necessidade de “sentir-se vivo e real” como pessoa, fundamento de todo o pensamento winnicottiano, que guarda aqui, evidente parentesco com algumas das ideias fundamentais de Ronald Laing (1965), seja vista como uma “necessidade” – que acompanha toda a vida humana, do nascimento à morte. Esse tipo de visão, no nosso entender, ainda confunde organismo e pessoa, mantendo uma relação reducionista com o plano biológico. Evidentemente, esse tipo de teorização se funda na aposta de uma descontinuidade evolutiva entre animais e seres humanos.

Muitos estudiosos se sentem à vontade com este tipo de teorização. Contudo, de nossa parte, entendemos ser indispensável uma distinção clara entre fenômenos que, a nosso ver, são bastante diversos entre si. Essa distinção se faz ainda mais premente no contexto do reconhecimento winnicottiano acerca dos diferentes modos de viver daqueles que “ainda não existem desde seu próprio ponto de vista”, vivendo fusionalmente em estado de dependência absoluta de cuidados maternos⁹, de outros que se encontram em situações de dependência relativa, em diferenciados graus ou ainda daqueles que vivem num estado que os winnicottianos denominam “rumo à independência”, mas que preferimos, denominar “dependência madura”, parafraseando Fairbairn (1940)¹⁰.

e apenas sublimações. Temos, contudo, motivos para desconfiar desta tendência reducionista de seu pensamento, quando examinamos escritos sobre as mulheres, que parecem determinadas fundamentalmente, inclusive quando se realizam em planos culturais, científicos e artísticos, pela “inveja do pênis”. Entretanto, não consideramos que valha a pena, no momento atual, remexer em posicionamentos que podem ser compreendidos como limitações derivadas do horizonte social em que este autor viveu, que, se não o condenam, certamente limitam o alcance de suas contribuições, exigindo importantes revisões.

⁹ A nosso ver, todo aquele que cuida, permanente ou transitoriamente, de um recém-nascido, de modo satisfatório, “é” uma mãe.

¹⁰ Consideramos que uma visão de saúde mental como sinônimo do alcance de um posicionamento individual independente como fruto de uma ideologia que mistifica a real condição humana, que se fundam na coexistência.

Ora, as necessidades “psicológicas” que presidem uma fase em que não se existe ainda como pessoa, desde o próprio ponto de vista, embora se possa ser visto como tal, pelos demais, são bastante específicas. Relacionam-se primariamente com a possibilidade de ter facilitadas vivências de “continuidade de ser”, por meio das quais os processos de integração, personalização e realização se realizem (Winnicott,1945), de modo afortunado, permitindo a constituição do *self*, a emergência da pessoa (Greenberg e Mitchell,1984). Vale a pena usar o mesmo termo, vale a pena trabalhar com o mesmo conceito para lidar com os processos de constituição da subjetividade e com aquilo que se impõe à personalidade humana quando já constituída em termos de um *self* unitário?

A nosso ver, estamos diante de fenômenos tão diversos a ponto de se justificar o recurso a outro conceito, na medida em que o amadurecimento do bebê sofre uma inflexão fundamental quando estabelecida uma certa continuidade de ser e, daí, uma certa integração, ainda muito própria do viver psicossomático, surge no horizonte, com o desenvolvimento da capacidade de preocupação. A nosso ver, o reconhecimento dessa capacidade, numa teorização que não quer abandonar o plano da pessoa, da experiência, da dramática, demanda um terceiro conceito, diverso tanto da necessidade como do desejo¹¹ sexual. Nessa busca, a noção de exigência, tal como usada no contexto antropológico da experiência elementar, parece-nos uma solução bastante produtiva.

“Sentir-se vivo e real” e experiência elementar

Temos muitas vezes mencionado, em estudos anteriores, a vigência, no pensamento psicopatológico winnicottiano, de duas diferentes teorias sobre o sofrimento humano (Aiello-Vaisberg,2006; Medeiros e Aiello-Vaisberg,2010). Uma delas segue fielmente a sistematização psicanalítica tripartite que reconhece duas afecções básicas, neurose e psicose, e um terceiro conjunto constituído por vários quadros intermediários, entre os quais são incluídas depressões, psicossomatoses e adições, denominado *borderline*. A segunda formulação é uma teoria que pensa o sofrimento humano como

¹¹ Lembramos aqui que, no contexto psicanalítico, mesmo sob a pena de Winnicott, o termo desejo conota invariavelmente o desejo sexual.

impossibilidade de se sentir vivo, real e capaz de gestualidade espontânea e criadora (Arós e Aiello-Vaisberg,2009).

A nosso ver, a não distinção entre essas duas psicopatologias, bem como a falta de valorização daquela que temos denominado teoria implícita, geram enganos de leitura que trazem consigo importantes consequências. Explica-se, deste modo, o fato de alguns comentadores pensarem a questão winnicottiana da integração pessoal como pouco mais do que um fenômeno psicossomático, que se daria a partir dos processos de amadurecimento que o bebê cumpre quando um ambiente¹² suficientemente bom é sustentado por um cuidador maternal.

Entretanto, convém lembrar que a humanização do bebê corresponde a processos que começam fortemente ligados a experiências de conforto e desconforto, de alternância de estados calmos e excitados, para logo se tornarem mais sofisticados e complexos, quando entra em cena o desenvolvimento de capacidades tais como a da consideração do outro. Então, sentir-se vivo, real e capaz de gestualidade espontânea e criadora, supõe uma importante passagem desde o “amor cruel e impiedoso” dos primeiros tempos, no bojo do qual mãe-ambiente seria vivida, nos primeiríssimos estágios de saída da fusão inicial, como instrumento para pacificação de desconfortos sempre extremos, até uma condição na qual pode ter lugar a consideração e a preocupação com o outro (Winnicott,1958). Essa inflexão coloca alguns problemas, na medida em que permite mais de uma explicação.

É possível imaginar que possa existir uma espécie de inscrição genética que predispõe o bebê e a criança à consideração do outro a partir da biologia. Tal característica seria decisiva para espécies constituídas por indivíduos frágeis, cuja sobrevivência dependeria de hábitos sociais. Os seres humanos poderiam estar instintivamente compelidos à sociabilidade, como muitos outros, desde insetos até lobos, passando por peixes que sobrevivem em cardumes e muitas outras espécies gregárias. Entretanto, vale destacar que esse modo de colocar o problema implica olhar o ser humano em “terceira pessoa”, como um organismo. Trata-se de um ponto de vista que tem sua validade, no alto nível de abstração em que opera a biologia (Bleger,1963). Ora,

¹² Como sabemos, o termo ambiente pertence ao léxico das ciências naturais. Pode ser usado, portanto, em contextos tão diversos como o da etologia ou o da psicologia concreta – quando devidamente adjetivado como ambiente escolar, familiar, comunitário ou social.

se adotamos outro ponto de vista, buscando criar uma ciência psicológica concreta em “primeira pessoa”, focalizaremos precisamente a experiência humana, ao invés de descartá-la como enganosa ou secundária (Politzer, 1928; Bleger, 1958; 1963).

A ideia de uma natureza humana constituída por exigências éticas e estéticas, de caráter originário, não esclarece nada sobre organismos animais. Por outro lado, parece fazer todo sentido tanto na explicação da tendência para um amadurecimento que encontra na conquista da capacidade de se preocupar um passo fundamental, como na explicação dos sofrimentos que a ausência da realização desse potencial gera, tanto naquele que não se torna capaz de considerar, como naquele que não é considerado.

Há, portanto, do nosso ponto de vista, um salto que diferencia a sociabilidade dos golfinhos daquela dos humanos. Abrem-se aqui muitas questões ligadas a relativismos culturais – segundo os quais, por exemplo, em certas culturas as mulheres não sofreriam por apanhar dos maridos, porque este seria um procedimento socialmente legítimo, do mesmo modo que se pode pensar que os povos colonizados não viveram, quando invadidos e dominados, nada semelhante ao que a França sofreu durante a ocupação alemã. Ora, desde a perspectiva da experiência elementar, não faz sentido excluir indivíduo, grupos e povos do atendimento de necessidades que vemos como universais.

Assim, na perspectiva da experiência elementar, a capacidade de consideração desponta no contexto da emergência da pessoalidade, inaugurando uma nova possibilidade de ser espontâneo que inclui, naturalmente, a consideração do outro. Podemos pensar – e pesquisar – o modo como o desenvolvimento da criança pode se dar como percepção intuitiva das exigências elementares, que provavelmente estão sempre sendo criadas/encontradas pelo grupo que cuida da criança, malgrado as inegáveis especificidades culturais.

Finalizamos lembrando que nosso percurso está fortemente determinado pelo fato de termos buscado realizar as exigências de uma psicologia concreta e de termos encontrado no pensamento winnicottiano, que se mantém maximamente próximo ao acontecer humano, evitando sistematizações e especulações metapsicológicas, um apoio inestimável. Não ignoramos que a nossa leitura da obra winnicottiana é uma entre as possíveis, de modo que nos vemos mais como inspiradas do que como submissas ao seu

dizer – evitando, por outro lado, atribuir-lhe conclusões que são de nossa inteira responsabilidade.

Entretanto, temos nos incomodado com a falta de uma fundamentação antropológica que possa completar algo que Bleger (1963) deixou relativamente em aberto, indicando apenas, de modo rápido e sutil, que acima do nível de análise das ciências humanas devem ser desenvolvidas reflexões de caráter antropológico e axiológico. Essa indicação nos tem preocupado e inquietado clínica e teoricamente. Por esse motivo, debruçamo-nos, nesse diálogo com Giussani (1966) e Mahfoud (2012), com esperançosa impressão de que poderemos avançar significativamente no manejo dessa questão.

Referências Bibliográficas

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo, Ideias e Letras, 2004.
- AIELLO-VAISBERG,T.M.J. Os monstros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In Aiello-Vaisberg,T.M.J. e Ambrósio, F.F. *Cadernos Ser e Fazer: reflexes éticas na clínica contemporânea*. São Paulo, IPUSP, 2005
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O ser e o fazer na clínica ampliada e a radicalidade psicopatológica do pensamento de Winnicott. In D.Calderoni *Psicopatologia: clínicas de hoje*. São Paulo, Via Lettera, 2006.
- AIELLO-VAISBERG,T.M.J. Abordagem psicanalítica de imaginários coletivos sobre adolescência em produções cinematográficas brasileiras. Projeto de Pesquisa. <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2013/09/PROJETO-TEMÁTICO-aiello-vaisberg-PUCCAMP-2010.pdf>
- AIELLO-VAISBERG,T.M.J., AROS,A.C.S.P.C. Clube da luta: sofrimentos radicais na sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*,11(2),3-16, 2009.

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. e MACHADO, M.C.L. Pesquisa psicanalitica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In Josette Monzani e Luiz R Monzani (orgs) *Olhar: Fabio Herrmann - Uma Viagem Psicanalítica*. Sao Paulo: Ed. Pedro e Joao Editores/CECH- UFSCar,311-324, 2008.
- AROS, A.S.P.C.; AIELLO-VAIBERG,T.M.J. Clube da luta:sofrimentos radicais e sociedade contemporanea. *Psicologia: Teoria e Prática*,11 (2), 3-16,2009.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Nueva Vision, 2001
- BLEGER, J. (1958) *Psicoanalisis y dialéctica materialista*. Buenos Aires, Nueva Vision,1988.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- DA ROLD, G. *Don Giussani, il prete poticilmente scorreto*, 2009. <http://www.sangiacomogiovani.comze.com/blog/p=10>. Acesso em 22 de agosto de 2013.
- FAIRBAIN, W.R.D. (1940) Revision de la psicopatologia de las psicosis y psiconeurosis. In *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Trad. Hebe Friedenthal.Buenos Aires, Hormé,1970.
- FREIRE, P. Apresentação. In S.L.Mello *Trabalho e sobrevivência*. São Paulo, Atica, 1998.
- FREUD, S. Algunas ideas sobre desarrollo – regresión. *Conferencias introductorias al psicoanalysis*. In Obras Completas. Traducion L.L.B.Torres. Biblioteca Nueva, Madrid,1948
- GIUSSANI, L.(1966) *El sentido religioso*. Trad. Jose Miguel Oriol. Madrid, Ediciones Encuentro, Kindle Edition, 2008.
- GREENBERG, J. ; MITCHELL, S.A. *Object relations in psychoanalytical theory*. Cambridge, Harvard University Press,1983.

- HELLER, A. *Para mudar a vida*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo, Brasiliense, 1982.
- LACIS, M. Responsabilité et Proximité: Ontologia et Agir Social selon Emmanuel Lévinas. Thèse présentée à L'Université de Fribourg (Suisse), 2013. Acessado em <http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=LacisM>.
- LAING, R. *The divided self*. London, Penguin, 1965.
- LALANDE, A. (1926) *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. Trad Maria de Fatima Sá Correia. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, Puf, 1967.
- LE ROY, E. *Etudes de philosophie et de critique religieuse. Dogme et critique*. Paris, Bloud, 1907. Acessível em pdf no archive.org/details/dogmeetricrique00lero da University of Toronto Libraries.
- MAHFOUD, M. *Experiência elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Belo Horizonte, Artesã, 2012.
- MARCUS, P. e Rosenberg, A. *Psychoanalytical versions of the human condition: philosophies of life and their impact on practice*. New York, New York University Press, 1998
- MEDEIROS, C. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Acordes do Sofrimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 97-105, 2010.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1974.
- POLITZER, G (1928) *Critique des fondements de la psychologie*. Paris, PUF, 2003
- PONTES, M.S.L, CABREIRA, J.C., FERREIRA, M.C.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Adoção e Exclusão Insidiosa. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 495-502, 2008
- RENAULT, E. *L'expérience de l'injustice*. Paris, La Découverte, 2004. Edition Kindle.
- REZZE, C.J.; MARRA, E.S.; PERICCIANI, M. Afinal, o que é experiência emocional em psicanálise? São Paulo, Primavera Editorial, 2012.
- ROHR, F. Ética e educação: caminhos buberianos. *Educação em Revista*, 20 (2), p115-142, 2013.

WINNICOTT, D.W. (1963) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação*. Trad. Irineo C.S.Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas,1982.

WINNICOTT, D.W. (1971) *Playing and reality*. London, Routledge,1991.

“CADÊ O LEITE DO MEU NETO?”:

A RELAÇÃO ENTRE OS CRIMES DE BAGATELA E O SOFRIMENTO SOCIAL

Fabiana Follador e Ambrosio

Maria Julia Souza Chinalia

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

RESUMO

Inserido em pesquisa empírica desenvolvida como tese de doutorado, o presente trabalho visa apresentar um campo de sentido afetivo emocional que sustentaria as manifestações humanas relacionadas aos crimes de bagatela cometidos por mulheres brasileiras. Metodologicamente, parte da análise do depoimento de uma mulher, que confessou e recebeu uma pena por este motivo, veiculado em documentário nacional produzido em 2010. Sucessivas exposições ao filme permitiram-nos produzir interpretativamente um campo de sentido afetivo emocional, provisoriamente intitulado “Cadê o Leite do Meu Neto?”. Este campo é regido por uma lógica emocional segundo a qual o outro é devedor de cuidados que podem ser legitimamente reclamados. Podemos compreender que condições concretas de opressão e exclusão social, num contexto de sociedades marcadas por desigualdades sociais exacerbadas, agem na subjetividade humana, motivando atos que expressam sofrimentos sociais de injustiça, humilhação e desamparo.

Palavras-Chave: Delinquência, Privação, Crime de Bagatela, D. W. Winnicott, Sofrimentos Sociais.

OS CRIMES DE BAGATELA

Atualmente, em nosso país, malgrado a superpopulação encontrada atualmente nas instituições carcerárias, muitos detentos cumprem pena por terem sido condenados por

crime de bagatela. No que diz respeito a crimes praticados por mulheres, o de furto figura como segunda maior causa de prisão, somente atrás do tráfico de entorpecentes (INFOPEN, 2012).

No presente trabalho, debruçamo-nos sobre a prática do crime de bagatela ou princípio da insignificância. Essa nova percepção do delito foi introduzida no sistema penal do Brasil em 1964 por Claus Roxin, tendo em vista a chegada de uma política criminal mais moderna e que levava em conta os aspectos sociais. Segundo tal preceito, não cabe ao Direito Penal preocupar-se com bagatelas¹³, orientando-se aí em quatro sentidos: a mínima ofensividade da conduta daquele que furta, a ausência de periculosidade social que traz a ação, o mínimo grau de reprovabilidade do comportamento daquele que furta e a inexpressividade da lesão jurídica que é provocada com o ato (Capez, 2009).

DAVIS E, DENT(2003)¹⁴ APRESENTAM O MOVIMENTO DENOMINADO RESISTÊNCIA CRÍTICA, QUE TEM COMO OBJETIVO DENUNCIAR A NATUREZA DESTRUTIVA DAS PRÁTICAS VIGENTES DE ENCARCERAMENTO JUDICIÁRIO, QUE ESTARIAM ARTICULADAS À GLOBALIZAÇÃO E ÀS ESTRUTURAS DE ESTADO DE CARÁTER PUNITIVO. SOBRE O PANO DE FUNDO DE CONTESTAÇÃO TEÓRICA E MILITANTE CONTRA O IMPERIALISMO, PROPÕEM-SE A REPENSAR A RELAÇÃO ENTRE O “COMPLEXO INDUSTRIAL CARCERÁRIO” E A GLOBALIZAÇÃO, REFLETINDO SOBRE QUESTÕES COMO A INTERSECÇÃO DE PUNIÇÃO, GÊNERO E RAÇA.

Estas autoras realizaram visitas a um grande numero de prisões, localizadas em diferentes regiões do mundo, o que lhes possibilitou chegar à conclusão de que este dispositivo deve ser considerado, desde uma perspectiva histórica, como instituição de caráter eminentemente colonizador. Realizando um rigoroso estudo da realidade vivida pelas próprias prisioneiras, sustentam que as práticas prisionais, reconhecidamente pouco

¹³ Temos notícia de que a Pastoral Carcerária, uma ação pastoral da [Igreja Católica Romana](#) no Brasil, que tem como objetivo a [evangelização](#) das pessoas privadas de liberdade, bem como zelar pelos [direitos humanos](#) e pela [dignidade](#) humana no sistema prisional, registra essas situações e suas iniciativas acontecem no sentido de buscar ajuda para as mulheres que cometem crimes como este junto a advogados dispostos a dedicar parte do seu tempo a esse tipo de problema (Ramos, 2010).

¹⁴ A INTERLOCUÇÃO COM OS ESTUDOS DE DAVIS E DENT (2003) PARECE PROMISSORA, UMA VEZ QUE SUAS CONTRIBUIÇÕES SÃO RECONHECIDAS POR ESTUDIOSOS DO MEIO ACADÊMICO E POR MILITANTES DOS MOVIMENTOS SOCIAIS, COMO INVESTIGAÇÕES RIGOROSAS E DE PROFUNDIDADE, QUE EVIDENCIAM AS ESPECIFICIDADES DO FENÔMENO DO ENCARCERAMENTO DE MULHERES.

eficazes, refletiriam a desorganização e o caos do movimento capitalista. A partir desta visão, explicam o fato, bastante curioso, das prisões femininas se assemelharem muito entre si, mesmo quando estabelecidas em países muito diferentes, como Estados Unidos e Brasil. Consideram esta semelhança bastante preocupante, porque derivaria de práticas nas quais se materializa a prevalência de um conceito universal denominado “mulher”. Naturalmente, tal conceito resultaria de concepções abstratas que pensam o “feminino” de modo dissociado das condições concretas de existência das mulheres, legitimando, afinal, práticas generalizadas de opressão.

De acordo com os dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias, existiam 31.640 mulheres encarceradas para uma capacidade de 22.583 vagas disponíveis, somando todos os estabelecimentos prisionais do Brasil. Os crimes de furto aparecem em segundo lugar como causa da privação de liberdade: são 1.253 ocorrências desta infração cometidas por mulheres no ano de 2012 (INFOPEN, 2012).

Sobre o panorama geral que diz respeito às mulheres na prisão, interessam-nos, neste trabalho, aquelas que cometeram o crime de bagatela. Embora não disponhamos de dados estatísticos que se refiram especificamente a este tipo específico de ato infracional, temos notícia de que essa forma de crime leva mulheres à prisão, a despeito de um contexto onde existe superlotação nas instituições penitenciárias e do fato de esse tipo de infração não ser, via de regra, punido com a privação de liberdade. Entre os furtos cometidos por mulheres, provavelmente encontraremos uma parcela que pode ser considerada como crimes de bagatela.

Considerando que esses atos são cometidos por pessoas que vivem em condições de precariedade social, pretendemos contribuir para a compreensão desta complexa situação, valendo-nos de conhecimento psicanalítico. Dessa forma, vimos realizando estudos que objetivam apresentar o imaginário coletivo (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008) de diferentes grupos sociais sobre “mulheres na prisão” (Chinalia, 2012; Chinalia, Riemenschneider e Aiello-Vaisberg, 2011) e investigar a experiência emocional de presidiárias. Compreendemos que as pesquisas sobre imaginários coletivos e experiência emocional têm fundamental importância, tanto no que se refere à compreensão acerca dos fenômenos humanos, quanto para o desenvolvimento de propostas interventivas psicológicas, que visam gerar transformações sociais, uma vez que se organizam na busca

de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, fundamentos sustentadores tanto das condutas preconceituosas sociais quanto das condutas dramáticas vinculares.

A INVESTIGAÇÃO PSICANALÍTICA E A BUSCA POR CONHECIMENTO COMPREENSIVO DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL

Desenvolvemos, há alguns anos, pesquisas que pretendem fornecer subsídios para a compreensão do preconceito social¹⁵, colaborando para o fomento de transformações individuais e coletivas. Debruçamo-nos sobre diversas populações, vale dizer, minorias sociais que acabam por ser alvo de exclusão insidiosa, sempre mantendo-nos fiéis ao uso do método psicanalítico para a composição das estratégias metodológicas.

Assumindo que a contribuição advinda da psicanálise relaciona-se ao conhecimento compreensivo sobre experiências emocionais (Orange, 1995) e alinhadas à concepção epistemológica que aponta para a natureza fundamentalmente intersubjetiva dos estudos nas ciências humanas (Bleger, 1958, 1963; Politzer, 1928, Herrmann, 1979), partimos em busca de estratégias que nos possibilitassem desenvolver, rigorosa e coerentemente à proposição de uma psicologia concreta, um elemento fundamental para a realização de investigações psicanalíticas: trata-se do conceito de *campo de sentido afetivo-emocional* (Aiello-Vaisberg, 2003a, 2003b, 2005; Aiello-Vaisberg & Machado, 2008). Este conceito tem sido bastante utilizado em teses e dissertações, das quais derivam artigos que tem sido aceitos para publicação em periódicos científicos qualificados e em anais de eventos (Couto, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007; Barreto e Aiello-Vaisberg, 2007; Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Pontes et. al., 2008; Russo, Couto e Aiello-Vaisberg, 2009; Martins e Aiello-Vaisberg, 2009; Barcelos, Martins e Aiello-Vaisberg, 2010; Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2010; Fialho et. al., 2012; Cabreira et al, 2012 e Granato e Aiello-Vaisberg, 2013).

¹⁵ Ao leitor interessado no material publicado, sugerimos o acesso ao currículo na Plataforma Lattes de Tânia Aiello-Vaisberg, orientadora das pesquisas: <http://lattes.cnpq.br/4670585523085617>.

Do ponto de vista fenomênico, podemos compreender os campos como ambientes humanamente produzidos a partir de condutas, que se organizam segundo certas regras lógico-emocionais, vale dizer, segundo valores, crenças ou percepções. Dessa forma, não derivam de forças impessoais nem sobrenaturais. Por outro lado, são interpretativamente deduzidos pelo pesquisador/psicanalista, firmando-se como hipótese fecunda na medida em que demonstram potencialidade suficiente para a compreensão dos sentidos das manifestações em jogo.

Consistindo em produções interpretativas do psicanalista/pesquisador a partir de sua experiência no encontro com narrativas transferenciais, os campos são provenientes das impressões subjetivas que brotam quando uma pessoa defronta-se com qualquer fenômeno, registrado sob a forma de narrativa. Acontecendo em campo transferencial, os sentidos possíveis das condutas são construídos interpretativamente no encontro inter-humano. Podemos mesmo dizer que os campos de sentido afetivo-emocional são criados/encontrados (Winnicott, 1971) pelas pesquisadoras.

Dessa forma, ao investigarmos a comunicação emocional das participantes do documentário, valemo-nos da exposição ao material cinematográfico em estado de atenção flutuante e posteriormente confeccionamos narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg *et al*, 2009; Ambrosio, Cia & Aiello-Vaisberg, 2010). As narrativas permitem que seja realizada a busca por “regiões habitadas”¹⁶ (Ambrosio, 2013) em certos momentos, com maior ou menor permanência, destacando a constelação de sentidos possíveis das condutas.

Configurando-se como etapa inicial de uma tese de doutorado, estamos examinando um documentário no qual figuram depoimentos de mulheres condenadas por crimes de bagatela (Ramos, 2010). No presente artigo, apresentamos nossas reflexões a partir do depoimento de uma delas, cuja análise psicanalítica nos permitiu produzir interpretativamente o campo de sentido afetivo emocional provisoriamente intitulado: “Cadê o Leite do Meu Neto?” Tal campo abrange condutas ligadas a reivindicações insistentes que uma das mulheres dirige à advogada que realiza seu atendimento voluntariamente, exigindo, por exemplo, remédios e o leite de seu neto. Este campo pode ser definido por uma lógica emocional segundo a qual o outro é alguém que deve fornecer cuidados, sendo estes legitimamente reclamados.

¹⁶ Campos de sentido afetivo-emocional.

Diante desse panorama, vale dizer, da vigência de um campo de sentido afetivo-emocional definido nos termos acima, evocamos as teses winnicottianas sobre deprivação (Winnicott, 1956, 1963, 1984) e discutimos a relação entre os crimes de bagatela com os furtos descritos pelo autor. Destacamos, portanto, que trabalhamos o depoimento da participante segundo as regras constitutivas do método psicanalítico, tal como tem sido produtivamente operacionalizado segundo as palavras de ordem sugeridas por Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração do sentido emergente”. Assim, chegamos a uma interlocução com ideias winnicottianas por um caminho independente, mantendo-nos fiéis ao material empírico em foco.

PRIVAÇÃO, DELINQUENCIA E BAGATELA

Sabemos que, ao teorizar sobre a tendência antissocial, Winnicott (1956) efetua uma distinta relação entre a percepção da insuficiência no padrão de cuidado realizado pelo ambiente e a comunicação do conhecimento dessa perda, localizando, dessa forma, as atitudes antissociais como reações a falhas ambientais. Nas palavras do autor:

A CRIANÇA QUE ROUBA UM OBJETO NÃO ESTÁ À PROCURA DO OBJETO ROUBADO, MAS SIM DA MÃE, SOBRE QUEM TEM DIREITOS. ESSES DIREITOS DERIVAM DO FATO DE QUE (NO MODO DE ENTENDER DA CRIANÇA) A MÃE FOI CRIADA PELA CRIANÇA. A MÃE VAI AO ENCONTRO DA CRIATIVIDADE PRIMÁRIA DA CRIANÇA, DESTA FORMA TRANSFORMANDO-SE NO OBJETO QUE A CRIANÇA ESTAVA PRONTA A ENCONTRAR. (WINNICOTT, 1956, P.132).

UMA VEZ ADMITINDO QUE OS ATOS ANTISSOCIAIS REVELAM A PERDA DO CUIDADO SUFICIENTE JÁ EXPERIMENTADO, INDICANDO, ASSIM, QUE SE TRATA DE UM ELEMENTO DE NATUREZA INTRINSECAMENTE COMUNICATIVA, WINNICOTT APRESENTA UMA IMPORTANTE CONTRIBUIÇÃO, INAUGURANDO UMA OUTRA FORMA DE COMPREENSÃO DO FENÔMENO: “A TENDÊNCIA ANTISSOCIAL IMPLICA ESPERANÇA.” (WINNICOTT, 1956, P.130). O AUTOR ASSOCIA O EXERCÍCIO DAS ATITUDES ANTISSOCIAIS AOS MOMENTOS ONDE A ESPERANÇA EM ENCONTRAR O CUIDADO AMBIENTAL, OUTRORA PERDIDO, ESTARIA ATIVA, EVIDENCIANDO, DESSA FORMA, SEU CARÁTER COMUNICATIVO, BEM COMO ASSUME SUA CONCEPÇÃO ANTROPOLÓGICA, DANDO AO

AMBIENTE UM PAPEL CONSTITUTIVO DO SELF (WINNICOTT, 1945). NOVAMENTE RECORRENDO AO TEXTO WINNICOTTIANO:

EM POUCAS PALAVRAS, A TENDÊNCIA ANTISSOCIAL REPRESENTA A ESPERANÇA DE UMA CRIANÇA CARENTE QUE SOFREU UMA PERDA (...); A MANIFESTAÇÃO DA TENDÊNCIA ANTISSOCIAL EM UMA CRIANÇA SIGNIFICA QUE SE DESENVOLVEU NELA ALGUMA ESPERANÇA DE ACHAR UM MODO DE SUPERAR UM VAZIO. ESSE VAZIO SE ORIGINA NA QUEBRA DA CONTINUIDADE DA PROVISÃO AMBIENTAL, EXPERIMENTADA EM UM ESTÁGIO DE DEPENDÊNCIA RELATIVA. (WINNICOTT, 1963, P.97).

CONSIDERANDOUM DOS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL CRIADO/ENCONTRADO A PARTIR DO CONTATO COM O DOCUMENTÁRIO, INTITULADO “CADÊ O LEITE DO MEU NETO?”, APROXIMAMO-NOS DE WINNICOTT, POIS COMPREENDEMOS QUE, AO REFERIR-SE AO PAR MÃE/BEBÊ, O AUTOR APRESENTA SEU MODELO DE AMADURECIMENTO EMOCIONAL, DE CONSTITUIÇÃO DE *SELF* QUE SE ESTENDE POR TODA A VIDA, PODENDO SER PRECISAMENTE EXTRAPOLADO PARA SITUAÇÕES DA VIDA ADULTA.

SENDOS ASSIM, EM INTERLOCUÇÃO COM O PENSAMENTO WINNICOTTIANO, ACREDITAMOS QUE A REIVINDICAÇÃO EXPRESSA APRESENTA A VIVÊNCIA DE UM SENTIMENTO DE PERPLEXIDADE, AO CONSTATAR QUE NÃO SE TEM AQUILO QUE SERIA CONSIDERADO LEGÍTIMO, INCONTESTÁVEL, IRRECUSÁVEL: OS CUIDADOS BÁSICOS À VIDA HUMANA.

ESSE CENÁRIO TEÓRICO, AO MESMO TEMPO QUE RESGATA A HUMANIDADE E O SENTIDO PRESENTES EM TODAS AS CONDUTAS HUMANAS, MESMO AS MAIS CRUÉIS, VIOLENTAS E APARENTEMENTE INCOERENTES, LEVANTA UMA DISCUSSÃO IMPORTANTE PARA A COMPREENSÃO DE FENÔMENOS SOCIAIS DA ATUALIDADE: QUAL A RESPONSABILIDADE DE CADA UM DE NÓS NA CONSTRUÇÃO, MANUTENÇÃO E FORTALECIMENTO DE UM AMBIENTE SOCIAL SUFICIENTEMENTE BOM. ASSIM, DA MESMA FORMA QUE O AMBIENTE É ELEMENTO CONSTITUINTE DE *SELVES* INDIVIDUAIS, TODAS AS PESSOAS, COM SUAS CRENÇAS, IDEIAS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS E VALORES COMPÕEM O AMBIENTE EM QUE VIVEMOS.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003a). Da Questão do Método à Busca do Rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 36-43.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003b) Ser e Fazer: Intervenção e interpretação na clínica winnicottiana. *Psicologia - USP*, 14 (1), p.95-128, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2005) Consultas Terapêuticas Coletivas e Abordagem Psicanalítica do Imaginário Social. In: Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 27-44.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J.; Monzani, L.R. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEUANE, D. (2009) Les récits transferenciels comme présentation du vécu clinique: une proposition méthodologique IN BEAUNE, D. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, p. 39-52.
- AMBROSIO, F. F. (2013). O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias. *Tese (Doutorado em Psicologia)*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013. 114p.
- AMBROSIO, F. F.; CIA, W. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2010) O Acidente de Flic: a apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. In: VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. Anais da VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas. São Paulo: IPUSP, 2010. v. 01. p. 263-272.

- ÁVILA, C. F., TACHIBANA, M., & VAISBERG, T. M. J. A. (2008). *Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar*. Paidéia (Ribeirão Preto), 18(39), 155-164.
- BARCELOS, T.F.; TACHIBANA, M.& AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2010). *A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes*, Psicologia Teoria e Prática 12 (1), 85-96.
- BARRETO, M.A.M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007). *Escolha profissional e dramática do viver adolescente*. Psicologia & Sociedade, 19, 107-114.
- BLEGER, J. (1958) *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1988.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- CABREIRA, J.C.; PONTES. M.L.S.; TACHIBANA, M.& AIELLO- VAISBERG, T.M.J. (2012) *O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual*. Trabalho apresentado na I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Recuperado em 29/10/2013 <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e-Fenomenologia.pdf>.
- CAPEZ, F. (2009) *Princípio da insignificância ou bagatela*. Jus Navigandi, Teresina, ano 14, n. 2312, 30 out. 2009. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/13762>>. Acesso em: 11 set. 2013.
- CHINALIA, M. J. S. (2012) *Mulheres na prisão: Estudo Psicanalítico sobre um documentário Brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2012. 78p.
- COUTO, T. H. A. M., TACHIBANA, M., & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2007). *A mãe, o filho e a Síndrome de Down*. Paideia (Ribeirão Preto), 17, 265-272.
- DAVIS, A.Y.; DENT, G. (2003). *A prisão como fronteira: uma conversa sobre gênero, globalização e punição*. Revista de Estudos Feministas. V.11, nº2. Pp. 523-531.
- FIALHO, A. A.; AIELLO-FERNANDES, R., MONTEZI, A.V. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2012). *O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar*. In Proceedings of the 1st. Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros Anais do Primeiro Colóquio Internacional Culturas Jovens
-

- Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros, 2012, São Paulo (SP) [online]. 2012 [cited 29 October 2013]. Available<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000132012000100002&lng=en&nrm=iso> .
- GRANATO, T.M.M. AIELLO-VAISBERG T.M.J. (2013) *Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais*. Psicologia Clinica, 25 (1), 17-36.
- HERRMANN, F. (1979). *O método psicanalítico*. EPU.
- MARTINS, P. C. R. & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2009). Dificuldades Sexuais Masculinas e Imaginário Coletivo de Universitários: Um Estudo Psicanalítico. *Barbaroi*, 31 (2), 18-35.
- MARTINS, P.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2010) “Será que ele é?” *Imaginário coletivo sobre homossexualidade*. Perspectiva (Erexim), v.33, p.43-52.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Sistema Integrado de Informações Penitenciárias: banco de dados - INFOPEN*. Disponível em:<<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm>> Acesso em: 11 set. 2013.
- ORANGE, D. M. (1995)*Emotional Understanding: studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press, 1995.
- POLITZER, G. (1928) *Crítica de los fundamentos de la psicología*. México, Martinez Roca, 1972.
- PONTES, M. L. S.; CABREIRA, J.C.; FERREIRA, M.C. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008) *A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes*. *Psicol. teor. prat.*, 2010, vol.12, no.1, p.85-96. ISSN 1516-3687.
- RAMOS, C. (2010). *Bagatela*. Duração 52min. Color. TV Cultura, DOCTV São Paulo III.
- RIEMENSCHNEIDER, F.; CHINALIA, M. J. S.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2011) “*Tudo por causa dele*” o imaginário coletivo de presidiárias sobre sua experiência de vida. In: IX Jornada Apoiar Violência Doméstica e Trabalho em Rede: compartilhando experiências - Brasil, Argentina, Chile e Portugal. 2011. São Paulo.
- RUSSO, R. C. T.; COUTO, T. H. A. M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2009). *O imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre pessoas com deficiência*. *Psicologia & Sociedade*, 21 (2), 250-255.
-

- WINNICOTT, D. W. (1984) *Privação e delinquência*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In Winnicott, D.W. *Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A Tendência Antissocial. In WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- WINNICOTT, D. W. (1982) Aspectos da delinquência juvenil. In Winnicott, D. W. *A criança e seu mundo*. (A. Cabral, Trad.). 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.
- WINNICOTT, D. W. (1963) Moral e Educação. In Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. (T.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *O brincar e a realidade*. (J.O.A. Abreu & V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.

**LEAL A SI MESMO:
UM DIÁLOGO COM O FILME ‘MEU TIO MATOU UM CARA’**

Andrea de Arruda Botelho-Borges

Tomíris Forner Barcelos

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

RESUMO

Este artigo tem por objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo – expresso numa produção cultural cinematográfica – sobre a experiência emocional vivida por adolescentes diante do desafio da descoberta pessoal. Inúmeros conflitos permeiam a opção por determinadas condutas, como a de ser leal ou desleal, tanto a fatos narrados, como a outras pessoas e a si mesmo. A pesquisa se justifica pelo sofrimento emocional que caracteriza a adolescência, em nossa sociedade contemporânea, e pela importância que o sentimento de autenticidade assume, ao longo do desenvolvimento emocional, para a saúde psíquica. Metodologicamente, o trabalho organiza-se como estudo de caso, por meio da abordagem psicanalítica, afinada à Psicologia Concreta defendida por Politzer e Bleger, do filme brasileiro *Meu tio matou um cara*. Realizados em estado de atenção flutuante e de abertura a impactos contratransferenciais, os procedimentos investigativos consistiram em: seleção do filme, exposição a ele, elaboração de uma narrativa transferencial e produção interpretativa de um campo de sentido afetivo-emocional ou inconsciente relativo, denominado “Leal a si mesmo”. O diálogo com esse campo, em interlocução com o pensamento winnicottiano, aponta no sentido de um imaginário sobre o adolescente como alguém que se depara com o mentir em diferentes situações e vai construindo valores, a partir das experiências vividas em seu universo familiar e social – experiências que o convidam a refletir e decidir que adulto quer ser, ponderando sobre os contextos em que, para ser leal a si mesmo e aos amigos, é necessário ocultar uma verdade.

Palavras-chave: adolescência, mentira, psicanálise, cinema brasileiro, Winnicott

INTRODUÇÃO

Temos partido, em nossos trabalhos, de uma perspectiva que compreende o amadurecimento emocional do ser humano como intrinsecamente ligado ao ambiente vivido (WINNICOTT, 1945; BLEGER, 1963). A produção de estudos que visam compreender os jovens e o ambiente de que fazem parte é, portanto, uma forma de fazer frente a problemas sociais e preconceitos que possam sofrer. Assim, em busca de produzir conhecimento científico e psicológico que amplie a compreensão das questões e dificuldades vividas por adolescentes e, dessa maneira, auxiliá-los em seu processo de desenvolvimento emocional, nosso grupo de pesquisa¹⁷ tem procurado estudar não só questões imaginativas apresentadas pelos próprios jovens, mas também por diferentes grupos que, de alguma forma, são parte de sua vida (BARRETO, 2006; CAMPS, 2009; PONTES, 2011).

Além das pesquisas de campo propriamente ditas, temos produzido artigos que resultam do olhar para produções cinematográficas. Realizadas por personalidades transindividuais (GOLDMANN, 1971), tais produções são compreendidas como forma de expressão de jeitos de ser e pensar, passíveis de ser abordadas desde várias perspectivas (ARÓS; AIELLO-VAISBERG, 2009; BOTELHO-BORGES, 2012; MONTEZI et al., 2013).

No presente trabalho, temos por objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo acerca da experiência emocional vivida por adolescentes, que se encontram diante do desafio de elaborar inúmeros conflitos internos e externos – o que, em grande medida, depende da existência de um ambiente de acolhimento e diálogo.

O adolescente, tal como vem sendo concebido em nossa sociedade atualmente, está num momento de travessia, no qual um grande desafio é a descoberta pessoal. Quem sou? Como ser eu mesmo? Que adulto quero/posso ser? Tais questões, que se apresentam e reapresentam ao longo de toda a vida, colocam-se com especial ênfase nessa fase. “O adolescente está empenhado em descobrir seu próprio eu para que lhe

¹⁷ Grupo de pesquisa da USP/CNPq: Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade

possa ser fiel” (WINNICOTT, 1995, p. 157). Esse tema é abordado de forma leve e inteligente na comédia brasileira *Meu tio matou um cara* (2004), dirigida por Jorge Furtado, utilizada como material de pesquisa.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Utilizamos o método psicanalítico para realizar o presente estudo, embasadas pelos pressupostos teóricos de Bleger (1963) e Herrmann (1979), ambos inspirados no pensamento crítico de Politzer (1928). É importante salientar que, articulando psicanálise e dialética, esses autores afastam-se da teorização metapsicológica abstrata, num esforço de estudar seres humanos concretos e compreender sua experiência emocional. No intuito de abordar o imaginário coletivo acerca do adolescente representado na produção cinematográfica, buscamos compreender quais são as crenças, fantasias e imaginações produzidas a respeito de quem são os jovens (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008).

O trabalho se desdobra em três momentos diferentes, que juntos configuram o procedimento investigativo propriamente dito. Adotamos, portanto, o Procedimento Ser e Fazer de Acompanhamento de Intervenções Terapêuticas, que foi originalmente concebido para o estudo de sessões e processos de atendimento clínico, mas que se presta igualmente à abordagem de entrevistas de pesquisas e mesmo de produções culturais, cinematográficas, literárias e dramáticas, entre outras (AMBROSIO, 2013). O primeiro é o procedimento de configuração do acontecer humano, correspondente à exposição ao filme selecionado, em estado de atenção flutuante e associação livre, tal como propõe o método psicanalítico – estado, aliás, vigente em todas as etapas posteriores. No caso, escolhemos uma produção cinematográfica brasileira, *Meu tio matou um cara*, que se caracteriza por trazer personagens adolescentes em papéis de destaque.

Num segundo momento, realizamos o procedimento de registro do acontecer, no qual elaboramos uma narrativa transferencial – ou seja, o filme foi reportado de memória, sem a preocupação de elaborar um relato exato da história, mas de registrar o que ficou gravado, bem como as associações despertadas. As narrativas são compreendidas, em nosso grupo, como forma não só de comunicar a experiência vivida,

mas de apresentá-la posteriormente (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2003; GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2005; GRANATO; RUSSO; AIELLO-VAISBERG, 2009; AIELLO-VAISBERG et al., 2009).

O terceiro momento corresponde ao procedimento de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional e/ou inconscientes relativos (HERRMANN,1979; BLEGER,1963), que se dá por meio do debruçar atento sobre a narrativa elaborada. Interpretar psicanaliticamente, nessa linha metodológica, é compreender os campos psicológicos que as condutas manifestas têm como pano de fundo, criando/encontrando e nomeando tais campos, para dialogar com eles à luz de contribuições teóricas pertinentes. Para Bleger (1963) os campos são os contextos relacionais nos quais **todas** as manifestações humanas emergem.

Apresentamos, a seguir, a narrativa transferencial elaborada, bem como o campo de sentido afetivo-emocional criado/encontrado.

A NARRATIVA TRANSFERENCIAL

Segue-se a narrativa psicanalítica que elaboramos após assistir ao filme, no cultivo de atenção flutuante e associação de ideias. Desse modo, buscamos lembrar-nos tanto da história como das sensações, sentimentos e lembranças despertados pela experiência.

Duca é adolescente, estudante, gosta de ouvir música, ver filmes e jogar games de detetive no computador. É filho único e mora com os pais. Perspicaz e muito observador, desconfia que seu tio Eder está mentindo ao ouvi-lo contar que matou o ex-marido da namorada com um tiro, numa briga. Duca também percebe que Isa, amiga de infância e colega de classe, se derrete por Kid, melhor amigo de ambos. Nos vários encontros dos três, Duca vai remoendo a inconfessável paixão que nutre por ela.

Mesmo tendo assumido a autoriado crime, alegando legítima defesa, o tio vai preso por ter limpado a arma, sem deixar impressões digitais. Ao saber disso, Duca confirma sua primeira impressão e decide ir visitá-lo na prisão. Em busca de uma aventura, Isa vai junto. Eder pede ao sobrinho que vá ao apartamento da namorada, Soraia, dizer para ela não visitá-lo, o que contribui para que Duca suspeite ainda mais de que o tio havia assumido a culpa do crime para acobertá-la. Isa relata a aventura aos amigos,

aumentando detalhes. Quando Duca a corrige, fica muito brava: “Bom saber que você não confia em mim”. Fecha a cara com ele por um tempo. Ele se acha um idiota por não ter compartilhado aquela mentirinha – afinal, ela estava tão empolgada por estar participando de uma história sua...

Quem vai com Duca ao apartamento de Soraia é Kid. Duca vê vários sinais de que no apartamento há um homem. Confirma sua percepção quando entrevê um braço masculino tatuado atender ao telefone. De volta à escola, Kid também conta aos amigos como Soraia os recebeu e o paquerou. Entusiasmado como quem viveu uma cena de filme, tempera a narrativa com detalhes inventados.

Duca contrata um detetive para fotografar Soraia com o suposto amante, imaginando que, sabendo-se traído, o tio contaria a verdade. Para sua surpresa, quem aparece nas fotos é Kid, numa sequência de cenas sugestivas de que a paquera continuou. Duca não quer mostrar as fotos a Isa, pois ela e Kid a essa altura estão vivendo um romance mais assumido. Ela então briga com Duca, que a seguir envia as fotos a Eder pelo correio. Passa-se algum tempo em que Isa e Kid são vistos juntos, namorando, enquanto Duca fica à distância, até receber um telefonema de Isa pedindo desculpas por tê-lo xingado e dizendo que quer ir à sua casa. Quando ela já está lá, Eder chega diretamente da prisão, contando que responderia ao processo em liberdade. Enquanto faz um discurso sobre uma mudança de vida após um mês preso, tira de uma sacola o envelope enviado por Duca com as fotos e o abre. Fica enfurecido e, aos berros, acaba revelando que, tal como Duca supusera, a assassina era Soraia. Esbravejando, diz que vai a casa dela: “Mato a vagabunda e esse branquelo!” Na confusão, o álbum de fotos fica em cima de uma mesa – Isa o pega e o folheia. Com ódio nos olhos, vai para o quarto de Duca. Ele vai atrás.

– Por que você não quis me mostrar? – ela pergunta.

– Achei que seria humilhante, pra você, ver o Kid com outra mulher. E eu também sou amigo dele. Não seria legal.

Eles tentam localizar Kid. Um dos colegas diz pela internet que ele teria ido limpar uma piscina. Os dois concluem que seria a piscina de Soraia e vão para lá. Eder já tinha chegado ao apartamento e tentado agredir o rapaz que lá estava, mas não se tratava de

Kid e sim do mesmo cujo braço tatuado Duca tinha entrevisto atender o telefone. Soraia diz que é seu irmão. Eder mostra as fotos:

– E esse cara aqui, quem é?

Ela diz ser o rapaz que limpava a piscina e, embaralhando as fotos, conta uma história diferente da que a ordem anterior sugeria, mostrando-se indignada por Eder ter desconfiado dela. Ele pede desculpas e os dois se reconciliam.

Mas o olhar de detetive de Duca sabe qual é a verdadeira sequência das fotos e ele não se deixa enganar. Mais tarde, Kid também nega ter tido algo com Soraia, contando ainda outra história, na qual Duca também não acredita. Tampouco Isa, que é vista ao lado dele numa cena final em que diz ter terminado o namoro.

– Que pena – diz Duca.

Depois de um tempinho Isa sorri e pergunta:

– Você acha pena, mesmo?

Ele ri, diz que não e os dois se beijam.

APRESENTAÇÃO E REFLEXÕES ACERCA DO CAMPO DE SENTIDO AFETIVO EMOCIONAL

A exposição ao filme e à narrativa transferencial, em estado de atenção flutuante e de abertura ao surgimento de ressonâncias contratransferenciais, deu ensejo à produção interpretativa do campo de sentido afetivo-emocional nomeado “Leal a si mesmo”, que se organiza em torno da crença de que a lealdade – aos fatos, aos amigos e a si mesmo – é um ideal valioso.

São diferentes os contextos em que ocorre a mentira no filme – a mais grave envolve nada menos que um crime. Assim, Eder mente para proteger a namorada assassina; Isa e Kid aumentam a história vivida para impressionar os amigos; Soraia altera a ordem das fotos para se reconciliar com Eder e evitar que ele a entregue à polícia. Aparentemente Kid também mente que não teve nada com Soraia. O enredo problematiza a importância de se ponderar sobre cada situação, sugerindo que a lealdade aos fatos deve subordinar-se à lealdade a si mesmo. Ou seja, muitas vezes é preferível ocultar uma verdade a ferir um amigo.

Podemos pensar em diversos aspectos e funções do mentir, como a fabulação e a própria ficção. Dependendo do contexto, uma história inventada não é considerada mentirosa. Tampouco há consenso sobre o que pertence ou não ao mundo do faz de conta. Crianças pequenas costumam levar muito a sério o que se lhes narra e até certa idade são incapazes de distinguir entre realidade e fantasia. Parecem perceber que há verdade nos mitos, muito embora frequentemente se empregue a palavra mito como sinônimo de mentira. Afinal, assim como os sonhos, toda história fantasiosa, inclusive o delírio psicótico, conta algum tipo de verdade – uma verdade interna, por assim dizer. Em “Duas mentiras infantis”, de 1913, Freud sugere que mentiras podem ocultar desejos (FREUD, 1990). Assim, mentira nem sempre é sinônimo de falsidade.

Winnicott sugere que a mentira, como manifestação de uma tendência antissocial, seria, ao lado de outras condutas como o roubo e a incontinência, uma espécie de pedido de socorro, uma expressão de que algo precisa ser reparado, pois algum grau de privação da vida familiar ocorreu. “A criança que furta um objeto não está desejando o *objeto roubado*, mas a mãe, a quem ela tem direitos.” (WINNICOTT, 1995, p. 132).

A mentira é um tema muito discutido no campo psicanalítico. Como comenta Mello Filho (2003, p. 48.): “Para Bion, a psicanálise é mesmo a ‘ciência da verdade’. Para Winnicott a busca da verdade própria de cada um, naquilo que ele chamou de verdadeiro *self*, é uma das metas básicas da psicanálise.”

Metaforicamente, podemos pensar na trajetória de Duca como um movimento em direção ao amadurecimento, pautado pelo *self* verdadeiro (WINNICOTT, 1960/1990, p. 135): uma busca de ser leal a si mesmo.

Podemos ver adolescentes (...) em busca de uma forma de identificação que não os decepcione em sua luta, a luta por sentirem-se verdadeiros, a luta para não se encaixarem num papel determinado pelos adultos (...). Sentem-se verdadeiros só na medida em que recusam falsas soluções; e sentirem-se não verdadeiros leva-os a fazerem certas coisas que só são verdadeiras do ponto de vista da sociedade. (WINNICOTT, 1995, p. 157-158).

Nosso olhar sobre esse filme apresenta, portanto, um imaginário coletivo a respeito do adolescente em processo de descoberta pessoal, às voltas com as questões da lealdade, do mentir e da busca de ser verdadeiro. Segundo esse imaginário, os jovens transitam entre verdades e mentiras em diferentes situações, e são toleradas, ou adotadas como a melhor escolha possível, algumas inverdades e omissões que não causam danos ou até protegem o próximo. Assim, enquanto quase todos à sua volta mentem, o personagem principal os observa e se comporta como uma espécie de guardião da verdade, desejando que se revele sempre – a menos que isso magoe seus amigos. Nesse caso, o rapaz mostra-se leal a seus princípios e flexível para ponderar diversos aspectos envolvidos num contexto. A crença de que a lealdade vale a pena é coroada pelo final feliz, em que o mocinho conquista sua amada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Org.). *Trajetos do sofrimento e recriações de sentido*: Cadernos Ser e Fazer. São Paulo: IPUSP, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. R. (Org.). *Fabio Herrmann: uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Pedro e João; UFSCar, 2008.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les récits transférenciels comme représentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D. (Org.) *Psychanalyse, philosophie, art: dialogues*. Paris: L'Hartmann, 2009.
- AMBROSIO, F. F. *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.

- ARÓS, A. C. S. P. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Clube da luta: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia Teoria e Prática*, São Paulo, v. 11, p. 3-16, 2009.
- BARRETO, M. A. M. Do voo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes. 2006. 197 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia como Ciência e Profissão, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2006.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BOTELHO-BORGES, A. de A. Vidas congeladas: um estudo psicanalítico sobre violência e puberdade. In: JORNADA APOIAR: LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL, 10., 2012, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
- CAMPS, C. I. C. de M. O ser e fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana. 2009. 204 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- FREUD, S. (1913). Dos mentiras infantis. In: *Obras completas*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1990. V. 12, p. 321-327.
- GIOVANNETTI, A. Teoria dos Campos, uma psicanálise sem dentro e fora. In: BARONE, L. (Org.). *O psicanalista: hoje e amanhã*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- GOLDMANN, A. Cinéma et société moderne – Le cinéma de 1958 a 1968: Godard, Antonioni, Resnais, Robbe-Grillet. Paris: Anthropos, 1971.
- GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças*, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 2, p. 253-271, 2005.
- HERRMANN, F. *O método da psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.
- MELLO FILHO, J. *Vivendo num país de falsos selvas*. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.
- MONTEZI, A. V.; BARCELOS, T. F.; AMBRÓSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Linha de passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 74-88, 2013.
- POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

- PONTES, M. L. "A hora H": O imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre a adolescência. 2011. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia como Ciência e Profissão, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2011.
- WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento emocional primitivo. In:_____. *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1945. p.269-285.
- _____. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- WINNICOTT, D. W. (1960).Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In:_____.*O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento humano*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 128-139.

HUMILHAÇÃO: PERVERSÃO OU PROTEÇÃO?

Gisela Furquim

Miriam Tachibana

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Universidade de São Paulo

RESUMO

Na literatura especializada, o ato de humilhar tem sido frequentemente estudado, em contextos de interação grupal, desde a perspectiva de quem a pratica, como conduta perversa. Nesse estudo, discutimos sua ocorrência em contextos familiares, nos quais pode vir a ser considerado e vivenciado – pelo adulto - como tentativa de proteger crianças e adolescentes de decepções futuras. Para tanto, apresentamos um caso clínico, atendido em um enquadre clínico diferenciado, segundo o estilo clínico Ser e Fazer, realizado no Instituto de Psicologia da USP, focalizando uma paciente que expressa dramático sofrimento derivado de experiências de humilhação deste tipo. Concluímos que se trata de fenômeno complexo e paradoxal, na medida em que a humilhação parece estar motivada por preocupações relativas a preparar o indivíduo para ocupar posições sociais subalternas sem sofrimento excessivo. Este quadro indica, com precisão, como angústias ligadas à humilhação se entrelaçam indissociavelmente com a organização capitalista, estruturalmente pautada em desigualdades.

Palavras-chave: humilhação; sofrimento; exclusão social; perversão.

Reconhece-se, atualmente, que a psicanálise contemporânea tem caráter plural, consistindo num conjunto de desenvolvimentos muitas vezes bastante heterogêneos entre si. Um modo produtivo de examinar este panorama foi proposto por Greenberg e Mitchell (1984), quando reconheceram dois grandes modelos de teorização: o estrutural-pulsional

e o estrutural-relacional. Enquanto o modelo pulsional tenderia, a seu ver, a se constituir como abordagem que privilegia o estudo dos aspectos intrapsíquicos do ser humano, o segundo reconheceria a importância do ambiente, considerado inicialmente em termos familiares e, posteriormente, em termos socialmente mais amplos.

Temos, ao longo de nossa trajetória, adotado a visão estrutural-relacional, fundamentando-nos especialmente em Politzer (1928) e Bleger (1963). Explica-se, deste modo, porque buscamos cultivar um posicionamento concreto em nossa clínica e em nossas pesquisas, cuidando para não incidir sobre equívocos conhecidos como mitos do homem natural, isolado e abstrato, que dificultam a percepção da vinculação essencial entre sofrimento humano e a coexistência vincular, que se situa em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos.

É justamente porque entendemos que todo sofrimento seria socialmente produzido, em diferentes âmbitos coletivos, vale dizer, em termos grupais, comunitários, institucionais e sociais (Bleger, 1963) que, em nosso grupo de pesquisa CNPq/USP “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”, temos realizado investigações voltadas a grupos marginalizados, que seguramente vivenciam profundo mal-estar emocional pelo fato de serem vítimas de preconceitos. Dentre nossos estudos, destacamos o de Mencarelli (2010) com pacientes soropositivos, o de Ávila (2008) sobre alunos com deficiência, o de Ferreira (2006) sobre crianças adotadas, o de Aiello-Vaisberg (1999) sobre pacientes psiquiátricos, entre outros¹⁸.

Motivadas a criar enquadres clínicos, diferenciados da clínica ortodoxa, que possam ser adotados em equipamentos de saúde mental e, deste modo, acolher, de maneira inclusiva, pessoas que de outra forma não poderiam se beneficiar do tratamento psicanalítico, temos realizado, em nosso grupo de pesquisa, estudos voltados à potencialidade mutativa destes enquadres (Tachibana, 2006; Ambrósio, 2005; Vitali, 2004; Ambrosio, 2013; Mencarelli, 2010; Granato, 2002; Camps, 2003; Camps, 2009; Gil, 2010, dentre outros). Atualmente, tanto a configuração dos enquadres diferenciados, como a forma pelo qual podem ser investigados, em termos de sua potencialidade mutativa, encontram-se claramente descritas e consolidadas (Ambrosio, 2013).

¹⁸ Uma visão do conjunto de nossa produção pode ser obtida pelo exame do curriculum lattes de Tania Aiello Vaisberg ou ainda no sítio www.serefazer.psc.br.

Nesse estudo, centralizaremos nossa atenção num sofrimento social específico, a humilhação, pelo fato de ter emergido espontaneamente como questão emocionalmente relevante em um contexto psicoterapêutico que se define, essencialmente, no sentido de favorecer a expressão subjetiva por meio de um *holding* atento e dedicado.

Notamos, por meio da literatura psicológica sobre o assunto, que a humilhação tem sido predominantemente estudada no contexto da abordagem de grupos socialmente excluídos. Como bem pontua Gonçalves Filho (1998), em seu estudo sobre a humilhação social de classes economicamente desfavorecidas, vivemos num mundo em que aquele que não tem dinheiro torna-se invisível aos olhos dos outros, como se não fosse merecedor de reconhecimento social.

Carreteiro (2003, p.60) complementa:

Todos os sujeitos sociais estão expostos a sentimentos forjados no confronto com injustiças. No entanto, são os integrantes de categorias mais subalternizadas os que vivenciam, de forma acentuada, situações que lhes desvalorizam, humilham, fazendo-os sentirem-se envergonhados. Eles participam de dinâmicas sociais que lhes depreciam e invalidam a importância dos seus códigos sociais e culturais, desqualificando as experiências vividas [...]. Estas lógicas se apropriam do mais profundo das subjetividades, pretendendo fazer com que os sujeitos se simbolizem como inadequados, como “normais inúteis” à sociedade ou como “segregados sociais”.

Por outro lado, quando a humilhação é considerada desde perspectivas psicanalíticas, observamos uma tendência a interpreta-la como manifestação de estruturação perversa da personalidade. Apoiado numa leitura metapsicológica, vale dizer, numa perspectiva estrutural-pulsional, Bigliani (2011), por exemplo, pontua que, de maneira geral, o indivíduo que desqualifica o outro estaria “vingando-se” de cenas humilhantes que ele próprio teria vivido anteriormente. É como se o indivíduo tentasse recriar episódios de humilhação, em que, ao invés dele ser um ator passivo e vitimizado, como ocorrera

outrora, encarnaria o protagonista que, no extremo oposto, seria o “agressor”. O psicanalista afirma ainda que essa seria a principal dinâmica presente nos episódios de *bullying*, em que um indivíduo torna-se perversamente o depositário maciço de conteúdos angustiantes e não integrados de um grupo que com ele compartilharia a experiência de já ter sido humilhado anteriormente.

Já o psicanalista francês André Sirota (2008), que tem trabalhado essencialmente com fenômenos de grupo, associa a conduta de humilhar o outro a uma dinâmica social sentida como ameaçadora. Assim, numa estratégia defensiva, o indivíduo desqualificaria o outro, geralmente em público, tentando se proteger desse cenário social vivido como ameaçador, bem como de experiências anteriores nas quais ele próprio se sentiu duramente reprovado:

(...) a tendência reiterada à desqualificação perversa deve ser compreendida como a defesa última de um sujeito, uma categoria de atores ou seus representantes face à ressonância provocada pela confrontação com a configuração social que atualmente vivem como ameaçadora e capaz de reativar antigas cenas de desaprovação, seja consciente ou inconscientemente [...]. Trata-se da necessidade irreprimível de se proteger e de se satisfazer no âmbito de uma cena social (institucional, profissional, associativa ou política) à custa do outro. Por esta conduta [...], designa-se o outro, um indivíduo ou uma categoria de indivíduos, suas ideias ou expressões, como ilegítimas ou indignas (...) (Sirota, 2008, p. 558).

Em um de nossos trabalhos sobre a potencialidade mutativa de enquadres clínicos realizados, acabamos deparando-nos com um grupo de pacientes que relatavam constantemente experiências de humilhação, não necessariamente vinculadas à perversão. A fim de facilitar a compreensão do leitor, nesse trabalho, destacamos, dentro desse grupo, uma senhora, que tinha por volta de 60 anos, era divorciada e vivia com a

mãe, a filha e a neta e que, frequentemente, contava, tanto para a terapeuta¹⁹, quanto para as demais pacientes que integravam o grupo terapêutico do qual fazia parte, episódios vividos em sua infância.

Apresentamos, a seguir, um trecho da narrativa transferencial (Granato & Aiello-Vaisberg, 2004; Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron&Beaune, 2009), redigida pela terapeuta, a partir dos atendimentos clínicos realizados:

“Num dos atendimentos, N. relatou que sempre ganhava coisas usadas dos tios e dos primos e que se sentiu muito humilhada quando, numa determinada vez, um tio trouxe como presente de natal, para a sua família, uma lata de leite em pó. Conta que sentiu vergonha e raiva, mas, ao mesmo tempo, sentia que não poderia expressar o seu mal-estar, pois seria considerada uma pessoa ingrata.

N. deixava claro que se sentia marginalizada não apenas pelos familiares mais distantes, mas, também, pelos próprios pais. Em uma sessão, contou que sempre comia frango, pois o pai tinha uma pequenina granja. O peito do frango, entretanto, era sempre separado para o seu pai, sendo que a sua mãe frequentemente lhe dizia: “A carne nobre não é para o seu bico!”. De maneira análoga, sua mãe lhe dizia que ela não deveria olhar as vitrines, pois não poderia mesmo comprar nada, cabendo-lhe apenas as roupas de segunda mão que ganhava dos outros”.

Selecionamos esse material clínico porque essa paciente relatava claramente episódios de humilhação vividos na infância. N. sentia-se humilhada não apenas porque seus pertences eram de segunda mão, mas, também, porque seus presentes consistiam em alimentos básicos para a sobrevivência, ao invés de brinquedos ou objetos do universo infantil.

Num primeiro momento, poderíamos afirmar, de maneira simplista, que a família de N. a humilhava, seja desmotivando-a a olhar as vitrines, seja deixando de lhe dar partes nobres da carne, porque se relacionava perversamente com ela, deslocando, para ela, situações de privação e de humilhação que teria vivido em sua infância. Assim, é como se

¹⁹ A terapeuta que sustentava o grupo era a pesquisadora Gisela Furquim.

os pais de N. reproduzissem, com a filha, as carências que eles próprios teriam vivido em relação aos seus pais ou demais figuras importantes do seu passado.

Entendemos, entretanto, que entender que os pais de N. a humilhavam movidos por motivações simplesmente perversas não faz jus à complexidade da situação emocional em jogo. Certamente tais condutas provêm de diferentes linhas motivacionais, que podem incluir tanto hostilidade contra a criança como culpa por não serem capazes, numa sociedade consumista, de atender a demandas dos filhos. Entretanto, julgamos importante lembrar, em função tanto de nossa experiência clínica, como daquilo que conhecemos, como pessoas, por vivermos numa sociedade na qual a pobreza é a condição predominante na população, que provavelmente tentavam, deste modo, ensinar-lhe que não deveria alimentar grandes ambições e expectativas, como, por exemplo, o de comprar mercadorias custosas em lojas, uma vez que não teria condições concretas de adquiri-las. Desde essa perspectiva, os pais de N. lhe teriam dito que certos privilégios não eram para “o seu bico” como uma forma de protegê-la de decepções futuras, e não apenas uma manobra perversa visando se defenderem eles próprios de episódios humilhantes vividos no passado.

Contudo, mesmo admitindo que a humilhação possa estar, em determinadas situações, vinculada a iniciativas protetoras, notamos que se trata de um cuidado distorcido, uma vez que, sem se darem conta disso, os pais de N. a feriam emocionalmente de modo profundo, deixando-a marcada com o imaginário sobre si como pessoa desprovida de valor aos olhos dos outros. Essa impressão de ser inferior e desprezível poderia transformar-se num sentimento de vergonha de si mesma, o que prejudicaria sua capacidade de criar e de transformar a sua situação social (Safrá, 2004).

Entendemos, desse modo, que, tentando evitar que a filha se desiludisse futuramente, num mundo marcado por desigualdades sociais, os pais da paciente acabavam sabotando o seu desenvolvimento emocional, colocando-se, sem perceber, a serviço da manutenção desse sistema social, atuando, concretamente, como agentes ativos da perpetuação do *status quo*.

Notamos, assim, que, como fenômeno complexo e paradoxal, a humilhação vincula-se a diferentes movimentos, sejam eles perversos ou cuidadosos, que devem ser considerados nos contextos sociais, geopolíticos, culturais e históricos, nos quais ocorre.

Consequentemente, sua superação demandaria intervenções de variadas ordens. Sluzki (2001) sugere que um aspecto que pode tanto minimizar quanto maximizar a experiência da humilhação seria a reação emocional daquele(s) que testemunha(m) o episódio humilhante. Pontua, assim, que, se a testemunha revela-se empática e acolhedora, a tendência é a de que a humilhação fique diluída, do mesmo modo que, se a testemunha atuar sadicamente, a tendência é a de que o indivíduo humilhado sinta-se duplamente desqualificado.

Se cruzarmos essas proposições de Sluzki (2011) com as reflexões de Carreteiro (2003), sobre a importância de restituir a confiança dos indivíduos humilhados no mundo em que vivem, concluímos que uma das intervenções possíveis, frente ao fenômeno da humilhação, seria a criação de ambientes psicoterapêutico protegidos, onde os pacientes pudessem contar com analistas capazes de acolher, de forma continente, as suas histórias de humilhação. A nosso ver, este tipo de ambiente favoreceria, ao indivíduo humilhado, engajar-se num gesto de restauração de seu potencial criativo, escapando do fatalismo que frequentemente atinge as classes subalternas (Martin-Baró, 1987). Esta é uma dimensão muito importante deste problema, na qual percebemos uma clara articulação entre registros interpessoais e campos de sentido afetivo-emocional que dominam a vida social mais ampla²⁰.

De fato, em trabalho realizado anteriormente, em nosso grupo de pesquisa (Correa & Aiello-Vaisberg, 2008), sobre a eficácia clínica de uma oficina de arteterapia winnicottiana, junto a um grupo de pacientes de baixo nível de renda, que apresentavam sequelas de AVC, notamos que, ao se apropriarem do espaço psicoterapêutico, acabaram transitando do fatalismo para um posicionamento protagonista. Essa questão ficou maximamente visível quando o próprio grupo, espontaneamente, resolveu expor suas criações artísticas, realizadas na oficina, em espaços públicos. A nosso ver, a experiência mutativa, vivida no enquadre clínico, gerou efeitos que ultrapassaram de modo potente aquele espaço, permitindo resgate de potencial criador até então inibido pelo isolamento social provocado pela conjunção entre a doença e a precariedade social.

²⁰ Vale salientar que, desde a nossa perspectiva psicanalítica, o fenômeno do fatalismo, tão precisamente estudado por Martin-Baró, pode ser considerado como um campo de sentido afetivo-emocional ou inconsciente relativo.

Ao mesmo tempo em que vislumbramos intervenções clínicas para fazer frente à experiência de humilhação, entendemos que se fazem necessárias, também, intervenções de ordem política/social, que possam operar no sentido de uma transformação da realidade social, para que se possa tornar mais solidária, justa e ética. Falamos, portanto, em transformações estruturais da sociedade que não excluem, antes se associam, a alterações dos campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, a partir dos quais emergem as condutas de pessoas individuais e coletivas. Convergentemente, com relação ao nosso ponto de vista, Carreteiro (2003) propõe inclusive que intervenções políticas, junto a grupos socialmente marginalizados, sejam atravessadas por uma visão clínica:

[...] é importante ressaltar aos gestores de políticas públicas que quaisquer que sejam as dimensões políticas propostas, elas estarão sempre lidando com sujeitos. Elas devem saber qualificar (sem humilhar ou se apoiar em métodos geradores de vergonha) e preservar a memória social e individual [...] Em síntese, torna-se urgente acompanhar qualquer política pública de uma visão clínica, de uma sensibilidade à experiência do outro, seja ele um sujeito individual ou coletivo (Carreteiro, 2003, p. 70).

Encerramos esse estudo preliminar pontuando que, apesar de ainda vigorar, em alguns meios psicológicos, um imaginário equivocado segundo o qual a psicologia clínica estaria voltada ao indivíduo isolado, como se correspondesse a uma abordagem contrária à psicologia social, é possível fazermos uso dela na compreensão de fenômenos sociais e na realização de movimentos sociais. Na verdade, como lembra Bleger (1963), a psicologia concreta, que pode ser edificada a partir da superação dos mitos do homem natural, isolado e abstrato, integra a consideração da experiência psicológica, em âmbitos individuais e coletivos, com a dimensão social do viver humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre-Docência. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J., MACHADO, M.C.L., AYOUCHE, D., CARON, R.; BEAUNE, D. (2009). Les récits transférenciels comme représentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In Beaune, D. (Org). *Psychanalyse, Philosophie et Art: dialogues* (pp.39-52). Paris: L'Harmattan.
- AMBROSIO, F.F. (2005). *Ser e Fazer - arte de papel: uma oficina inclusiva*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- AMBROSIO, F.F. (2013). *O estilo clínico Ser e Fazer na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- ÁVILA, C.M. de (2008). *As gêmeas cantoras e o menino que sonhava ser jogador de futebol: imaginário de professores sobre inclusão escolar*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- BIGLIANI, C.G. (2011). Humilhação e vergonha: dinâmica e destinos. In Bigliani, C.G., Moguillansky, R. & Sluzki, C.E. (Orgs.). *Humilhação e vergonha: um diálogo entre enfoques psicanalíticos e sistêmicos* (pp.19-61). São Paulo: editora Zagadoni.
- BLEGER, J. (1963). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAMPS, C.I.C. de M. (2003). *A hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CAMPS, C.I.C. de M. (2009). *Ser e Fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CARRETEIRO, T.C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14 (3), 57-72.

- CORREA, M.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Oficina de mosaico de papel: pesquisa sobre a potencialidade mutativa de um enquadre diferenciado para atendimento de pacientes com sequelas neurológicas graves. In *Anais da Segunda Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia* (p. 303-315). Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- FERREIRA, M.C. (2006). *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da Psicanálise*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- GIL, C.A. (2010). *Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- GONÇALVES FILHO, J.M. (1998). Humilhação social: um problema político em Psicologia. *Psicologia USP*, 9 (2).
- GRANATO, T.M.M. (2002). *Tempo de gestar: encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. São Paulo: Landmark.
- GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças*, 12 (2), 253-271.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MARTIN-BARÓ, I. (1987). El latino indolente. Carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. In Montero, M. (Org.). *Psicología Política Latinoamericana* (p.135-162). Venezuela: editorial Panapo.
- MENCARELLI, V. (2010). *Compaixão na contratransferência: cuidado emocional de jovens HIV+(s)*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise*. São Paulo: UNIMEP.
- SAFRA, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias & Letras.
- SIROTA, A. (2008). Humilhação social: uma reflexão sob o ponto de vista psicanalítico. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 25, n. 4, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S0103-166X2008000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 09 nov. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400010>.
- SLUZKI, C.E. (2011). Humilhação, vergonha e emoções sociais associadas: enfoque sistêmico e guia para sua transformação. In Bigliani, C.G., Moguillansky, R. & Sluzki, C.E. (Orgs.). *Humilhação e vergonha: um diálogo entre enfoques psicanalíticos e sistêmicos* (pp.71-106). São Paulo: editora Zagadoni.
- TACHIBANA, M. (2006). *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- VITALI, L.M. (2004). *“Flor-rabisco”: narrativa psicanalítica sobre uma experiência surpreendente*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ADOÇÃO E HOMOPARENTALIDADE: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Marcela Casacio Ferreira-Teixeira

RESUMO

Nesse trabalho, refletimos sobre a adoção e a homoparentalidade, temas relevantes que se fazem presentes na atualidade e exigem discussões da sociedade e dos profissionais que trabalham com famílias. A adoção consiste em um fenômeno importante, tanto pela situação da criança entregue para adoção quanto pela preocupação com as dinâmicas intersubjetivas do funcionamento familiar. Quanto à família adotiva, refletimos sobre suas novas configurações, nas quais se insere a família homoparental. Mergulhados em preconceito e exclusão social, os temas abordados nos remetem ao problema das heranças do imaginário social sobre a criança adotiva e sobre o homossexual, que provavelmente geram repercussões na vida daqueles que pretendem realizar o sonho da família homoparental.

Pretendemos tecer considerações iniciais sobre a adoção e a homoparentalidade, temas relevantes que se fazem presentes na atualidade, exigindo reflexões da sociedade e, em particular, dos profissionais que trabalhem nessas áreas, como o psicólogo. Vários são os estudos, nacionais e internacionais, sobre homoparentalidade, revelando um movimento científico significativo que vem se realizando em muitos países do mundo (FONSECA, 2008; MARTINEZ E BARBIERI, 2011; LAVNER, WATERMAN E PEPLAU, 2012; FOND, FRANC E PURPER-OUAKIL, 2012; JURADO, 2013; GATO E FONTAINE, 2013; PEREIRA E COL., 2013; PERRIN E SIEGEL, 2013).

Adoção e homoparentalidade se inserem no complexo enredamento de exclusão insidiosa, expressão elaborada, em nossa pesquisa anterior, para intitular o encontro com imaginário coletivo de professores sobre a criança adotiva (FERREIRA, 2006; PONTES E COL, 2008). Entende-se que o processo de adoção de uma criança provoca, em geral,

uma ruptura da continuidade da história da criança que é adotada, por diversas motivações, dentre elas, a necessidade da família adotiva iniciar uma nova história com sua criança, excluindo radicalmente a história anterior à adoção. Nesse sentido, a exclusão social desse grupo de crianças inicia-se na própria família, insidiosamente.

O caminho se faz por várias vias, por exemplo, pelo esquecimento das informações recebidas sobre a família biológica, pelo descarte de qualquer registro ou experiência que o bebê/ criança tenha vivido antes de estar com a família que o adotou, pela mentira ou omissão sobre a origem da criança, pelos medos ou incômodos em relação à família biológica, por escolhas de bebês de raça semelhante ao da família adotante tentando facilitar a inclusão no grupo familiar ou, mesmo, pelo registro de um novo nome para a criança que já fora outrora registrada.

Esses modos disruptivos de construção da trama familiar não estão somente presos à história da criança adotiva, mas também à história da própria família adotiva anterior à adoção. Nesse sentido, as motivações da adoção atreladas, por exemplo, à infertilidade do casal ou a conflitos conjugais, culminando no processo adotivo como forma de solução de problemas, são condições que, se pouco elaboradas pelo próprio casal, nutrem angústias no grupo familiar e, portanto, criam enredamentos afetivos engessados, abalando inevitavelmente a dinâmica familiar.

O processo de exclusão dos adotivos nem sempre é consciente para os familiares. Provavelmente, toda condição cultural compartilhada sobre a adoção - como um fenômeno complexo, envolvendo abandono, exclusão social, pobreza e doença mental (Ferreira, 2006) - obscurece a possibilidade do grupo familiar incluir, no campo da intersubjetividade, o bebê que se adotou, verdadeiramente, na história familiar que se tem. Um bebê, por sua vez, que carrega uma história, tem provedores e por vezes um nome. Esses aspectos nem sempre são integrados e elaborados nas relações da família adotiva e as consequências disso abalam a forma de existir do adotivo, sua constituição de *self* (WINNICOTT, 1960), o que permitiria à pessoa estar no mundo de forma a se sentir viva, real e com potencial criativo (WINNICOTT, 1971).

Atualmente, a disseminação da ideia sobre a importância da revelação da verdadeira história para o adotivo vem se tornando cada vez mais compulsória, deixando de surgir como fruto de um processo de elaboração e amadurecimento dos pais. Decorre

que essa revelação “por decreto” carrega os conflitos pessoais e conjugais, os segredos ou tramas familiares, que são exatamente os pontos nodais de rupturas na transmissão cultural e filial. Excluir traços da história da criança adotiva ou excluir o que há de sua história, é tirar da criança a possibilidade de inseri-la nas relações intersubjetivas da família adotante.

Além disso, parece-nos fundamental lembrar que a posição ocupada pelo Brasil, no mundo capitalista globalizado, como ex-colônia europeia, incide diretamente na realidade social que circunda as práticas de adoção, já que vinculadas à existência de enormes desigualdades sociais e econômicas. Parece imperar, na sociedade civil, uma lógica de acordo com a qual o deslocamento de crianças e adolescentes, provenientes das classes subalternas, para a convivência com famílias de classe média, corresponderia a uma solução de um problema: o da incapacidade dos mais pobres de garantir a sobrevivência e o futuro de seus filhos. Nesse sentido, famílias incapacitadas de obter os meios necessários ao desenvolvimento físico, intelectual e subjetivo das crianças e adolescentes, são facilmente culpabilizados mas também punidos (FORD, ALVES e GAVA, 2012).

Nessa linha de raciocínio, cabe pensar que a banalização da adoção dos filhos dos mais pobres acaba interessando o estado burguês neoliberal, que, por esta via, exime-se da responsabilidade relativa aos meios de sobrevivência dos cidadãos. Não causa estranheza, deste modo, a constatação da vigência de um discurso politicamente conservador, de acordo com o qual as famílias das classes subalternas são acusadas de abusar, negligenciar e maltratar os filhos. Esta situação tem preocupado pesquisadores que aí percebem um movimento que, a nosso ver, poderia ser designado como perversão social.

Como se vê, as práticas de adoção, em nosso país, colocam-se como questão dotada de alta complexidade. A partir deste pano de fundo, cada enredo, de cada processo de adoção, será vivenciado por pessoas reais, concretas, com mais ou menos maturidade para lidar com a parentalidade, junto a crianças que vivem situações penosas que as colocaram disponíveis para adoção.

NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES

Com as mudanças sociais desses últimos séculos, com a revolução tecnológica e com a aceleração do mundo no caminho do crescimento, as relações familiares vem sendo reorganizadas ou reconfiguradas. Se nos séculos XVI ou XVII as mães burguesas precisavam deixar seus filhos com as amas-de-leite até os seis anos de idade, enquanto as mães trabalhadoras exerciam suas funções com suas crianças por perto, no século XXI as mães/mulheres encontraram um lugar na sociedade de dedicação e comprometimento no trabalho tal qual o dos homens, aqueles que vem exercendo há séculos o papel de provedores e chefes de família. Essa paridade dos papéis sociais do casal exigiu uma revisão das funções dos membros da família promovendo repercussões no grupo familiar (FERREIRA e AIELLO-VAISBERG, 2006).

É nesse cenário que homossexuais firmaram lutas em busca de direitos e legitimação de relacionamentos e de constituição familiar. Personagens de uma das mais severas histórias de preconceito da humanidade, os homossexuais em si geram polêmica. Pensar, pois, na constituição da família homoparental implica lidar com as questões envolvendo a homossexualidade e, ainda, as tradições da heterossexualidade na constituição familiar.

Uma pesquisa recente, defendida como mestrado por Jurado (2013), sobre o imaginário coletivo de estudantes de psicologia, do interior de São Paulo, acerca da homoparentalidade, revelou achados interessantes. Usando procedimentos investigativos inovadores (GRANATO e AIELLO-VAISBERG, 2013), que favorecem a expressão subjetiva dos participantes, este trabalho revelou uma relativa abertura em relação à legitimidade da aspiração dos casais homossexuais, sem deixar, contudo, de lembrar das dificuldades que enfrentariam em função desta orientação. Expressaram, deste modo, uma ambivalência que, a nosso ver, caracteriza bem grupos urbanos, com acesso à instrução, que se dividem entre posicionamentos éticos de respeito à diversidade e antigos e arraigados preconceitos. Este quadro se atenua, entretanto, pela ideia de que ajuda psicológica poderia ser eficaz na resolução dos problemas apontados.

A mesma problemática foi focalizada em uma pesquisa realizada a partir da perspectiva da teoria das representações sociais. Focalizando universitários das áreas da psicologia e do direito, Araujo e col (2007) encontraram tanto uma visão positiva da

iniciativa do casal homossexual, que, ao adotar, estaria beneficiando e incluindo socialmente uma criança abrigada, como a expressão de receios de que a criança pudesse vir a ser prejudicada pela homossexualidade parental em termos sociais, morais e orgânicos.

Do ponto de vista tradicional e conservador, a ideia de dois homens ou duas mulheres selarem um casamento ou, de forma mais ampla, construírem uma família, nos moldes da antiga e ainda vigente família ocidental nuclear, é assustadora. Essa possibilidade afeta uma das construções imaginárias mais fundamentais: família se constitui de mãe-mulher, pai-homem e filho.

A ideia de distorcer o modo de formação familiar tradicional exige da humanidade, pois, flexibilidade, reorganização e, acima de tudo, aceitação. Há indícios de que a sociedade brasileira reage, diante da possibilidade de adoção de crianças por casais homossexuais, de modo ambivalente. De um lado constatamos uma tendência a considerar que um país como o Brasil não pode se dar ao luxo de recusar entregar um bebê a uma família *gay*, dada a severidade e extensão do problema das crianças disponíveis para adoção. Por outro lado, notamos um certo mal-estar vinculado ao fato de ser difícil uma aceitação espontânea e confortável de uma condição tão nova e desconhecida.

Os preconceitos construídos em relação a família homoparental estão baseados não apenas nesses desconhecimentos e medos, mas também em uma noção, muito cultivada na sociedade pela religião, pelas ciências médicas e jurídicas, segundo a qual a homossexualidade estaria intrinsecamente relacionada ao pecado, à doença mental e ao crime. Segundo tal perspectiva, a família homoparental estaria se formando de maneira pervertida, doentia e, portanto, criando crianças doentes.

A PSICOLOGIA, A PSICANÁLISE E A HOMOPARENTALIDADE

Cabe aqui indagar acerca dos modos pelos quais a psicologia psicanalítica vem lidando com este novo fenômeno. No contexto de desenvolvimentos recentes, encontramos posicionamentos engajados com o combate ao preconceito e exclusão de

homossexuais, que, por esta via, mostram-se favoráveis a auxiliar indivíduos e grupos a incorporar suas conquistas na cena social com prudência. Por outro lado, provavelmente não são poucos os psicanalistas que acreditam que a família homoparental provocaria uma “dessimbolização nociva do triângulo edípico”.

Persistem, como mostraram nossas pesquisas (FERREIRA, 2006; PONTES E COL, 2008), preconceitos disfarçados e sutis contra as criança adotiva, frutos de um desamparo infantil que gera angústia, levando à ruptura com a história original da criança. Analogamente, a homossexualidade – e, em maior grau, a família homoparental – também parecem provocar um forte impacto emocional, derivado de temores e angústias que emergem a partir de campos de sentido afetivo-emocional não conscientes.

No que tange às rupturas da história original do adotivo e suas repercussões, só encontramos pesquisas que, como as nossas, focalizaram famílias heterossexuais (FONSECA, 2011; 2012; BAPTISTA, 2013). Cabe, entretanto, indagar se este problema de exclusão radical e insidiosa se repetiria, no contexto da homoparentalidade ou se, ao contrário, o fato da evidente impossibilidade da geração biológica facilitaria a adoção de novas posturas, mais tolerantes em relação à circulação de conhecimento e manutenção de vínculos com a família biológica.

Afinal, parece importante levarmos em conta que as transformações do modelo parental tradicional, que estão dando origem a novos arranjos parentais, tendem a considerar que laços afetivos tem primazia, em relação à constituição genética e biológica, nos processos de constituição da personalidade da criança. Esta valorização dos vínculos pode gerar, a nosso ver, mudanças psicossociais e éticas bastante positivas, que incidirão, de modo ampliado, sobre as práticas de cuidado à infância. É nesta linha que concordamos com Rodriguez e Gomes (2012), quando enfatizam que os modelos contemporâneos abrem novos horizontes, permitindo que se problematize o que, até então, era considerado como natural.

Adoção e a homoparentalidade não podem ser consideradas simples, afinal, as repercussões das marcas da existência dos homossexuais, somada à complexidade da adoção de crianças, ainda são desconhecidas. Tais questões merecem investigações rigorosas, convocando pesquisadores que possam lidar com novas configurações desde posicionamentos solidários, éticos e suficientemente abertos, que não considerem,

ingenuamente, que o modelo da família nuclear, uma forma possível de cuidado às novas gerações, adotada por algumas culturas, mas não, certamente por todas, seja a melhor prática social a solucionar as necessidades infantis em ambientes humanos favoráveis ao seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, L.F. Adoção de crianças por casais homoafetivos: um estudo comparativo entre universitários de Direito e de Psicologia. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acess em 04 out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000200013>.
- BAPTISTA, J.; SOARES, I.; HENRIQUES, M. Recuperação desenvolvimental após a adoção: características da criança e da família adotiva. *Psicol. Reflex. Crit. [online]*. 2013, vol.26, n.2, pp. 396-404. ISSN 0102-7972.
- GATO, J.; FONTAINE, A.M. [Anticipation of the sexual and gender development of children adopted by same-sex couples](#). *Int J Psychol.* 48(3):244-53. 2013, doi: 10.1080/00207594.2011.645484.
- GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica (PUCRJ. Impresso)*, v. 25, p. 17-35. 2013.
- FERREIRA, M.C. *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- FERREIRA, M.C.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O pai 'suficientemente bom': algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14 (2), jul-dez, 136-142p., 2006.

- FOND, G.; FRANC, N.; PURPER-OUAKIL, D. Homosexual parenthood and child development: present data. *Encephale*. Feb;38(1):10-5. doi: 10.1016/j.encep.2011.05.005, 2012.
- FONSECA, C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Rev. Estud. Fem.* [online]. vol.16, n.3, 2008.
- FONSECA, C. Direito às Origens: Segredo e Desigualdade no Controle de Informações Sobre a Identidade Pessoal. *Revista de Antropologia* (USP. Impresso), v. 53, p. 496-523, 2011.
- FONSECA, C. Mães "abandonantes": fragmentos de uma história silenciada. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, Apr, 2012.
- FORD, J.V., GAVA, M.A., ALVES, A.A.F. O paradoxo da adoção de crianças e adolescentes na sociedade capitalista. *Libertas online. Revista da Faculdade de Serviço Social- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, 2012.
- JURADO, T. *Produções imaginativas sobre a homoparentalidade por meio de narrativas interativas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.
- LAVNER, J.A.; WATERMAN, J.; PEPLAU, L.A. [Can gay and lesbian parents promote healthy development in high-risk children adopted from foster care?](#) *Am J Orthopsychiatry*. Oct;82(4):465-72, 2012. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01176.x
- MARTINEZ, A.L.M.; BARBIERI, V. A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2011, vol.28, n.2 [cited 2013-09-24], pp. 175-185.
- PERRIN, E.C; SIEGEL, B.S; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health of the American Academy of Pediatrics. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. *Pediatrics*. Apr;131(4):e1374-83, 2013. doi: 10.1542/peds.2013-0377.
- PEREIRA, C.R.; TORRES, A.R.R.; FALCAO, L.; PEREIRA, A.S. O papel de representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao

casamento civil e à adoção por famílias homoafetivas. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 29, n. 1, Mar. 2013.

RODRIGUEZ, B.C.; GOMES. I.C. Novas formas de parentalidade: do modelo tradicional à homoparentalidade. *Bol. psicol* [online]. v.62, n.136. [citado 2013-09-25], pp. 29-36. Jun. 2012.

WINNICOTT, D.W. (1983). *Distorções do Ego em Termos de Verdadeiro e Falso Self. O Ambiente e os Processos de Maturação* (O. Constantino Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

WINNICOTT, D.W. (1971). O brincar: a atividade criativa e a busca de eu (self). Em WINNICOTT, D.W. *O Brincar e a realidade* (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, Trans.) Rio de Janeiro: Imago. (Original Publicado em 1975).

**CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES SOBRE RELAÇÕES ENTRE IDOSOS E
ADOLESCENTES**

Natália Del Ponte de Assis

Fabio Riemenschneider

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

RESUMO

Este texto tem como objetivo expor considerações preliminares sobre relações entre idosos e adolescentes, inserindo-se no contexto de estudos sobre imaginários coletivos relativos à adolescência. Examina estudos que indicam que adolescentes tendem a ser alvo de condutas preconceituosas e comenta pesquisas sobre relações intergeracionais. Finaliza apresentando as noções de preconceito e de imaginários coletivos, segundo a perspectiva da psicologia concreta, tomando-as como recursos conceituais valiosos para a pesquisa qualitativa com método psicanalítico.

Palavras-chave: adolescência, idosos, relações intergeracionais, imaginários coletivos

Tomamos, aqui, como ponto de partida conhecimentos produzidos por pesquisas desenvolvidas no contexto do nosso Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, que convergem no sentido de indicar a vigência de certo preconceito social contra adolescentes. Este quadro nos motivou a propor investigação sobre relação intergeracionais, focalizando o imaginário de pessoas idosas sobre adolescentes, tendo em vista a consideração de que experiência entre diferentes grupos etários podem ser benéficas e enriquecedoras, em termos psicológicos e sociais.

Evidentemente, nosso foco, em relação à adolescência tem sido bastante específico, o que se justifica, dada a importância do fenômeno do preconceito que detectamos. Contudo, devemos lembrar que nossa produção se insere num conjunto muito maior de esforços de importantes pesquisadores brasileiros, que vem estudando a adolescência atual em nosso país. Como exemplo significativo, podemos lembrar os vários trabalhos

de TARDIVO, cuja obra vem sendo pautada em estudos sobre o sofrimento humano (TARDIVO, 2004; 2005; 2007; 2008; 2013). Esta autora tem realizado interessantes investigações relativas à adolescência em diferentes contextos, entre as quais destacamos as que buscam compreender as consequências do processo de aculturação violenta a que jovens indígenas foram submetidos (TARDIVO, 2005; 2007). Esta grande pesquisa foi apresentada inicialmente como tese de livre docência na Universidade de São Paulo (2004), bem como publicada posteriormente sob forma de livro (2007). Também merecem destaque outros estudos em que aborda transtornos emocionais, cognitivos, comportamentais e físicos, desenvolvidos por crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (BARRIENTOS, MIUTA, GEMMA, ALMEIDA-SILVA, TARDIVO, 2012; TARDIVO, 2013).

ADOLESCÊNCIA: ALVO DE PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

Temos observado, a partir do conjunto de pesquisas que realizamos, um fenômeno contraditório, que se configura como velada agressão preconceituosa dos adultos contra os adolescentes, que ocorre no plano das interações cotidianas (CAMPS, 2003; AIELLO-VAISBERG, 2005; BARRETO, 2006; CABREIRA et. al, 2007; CABREIRA et al., 2007a; MINHOTO, AMBROSIO & AIELLO-VASBERG, 2007; MENCARELLI, BASTIDAS & AIELLO-VAISBERG, 2008; TACHIBANA & AIELLO-VAISBERG, 2008; MONTEZI et al., 2011; PONTES, 2011; e MONTEZI et al., 2013).

Procedendo a levantamento bibliográfico, com vistas a nos atualizar diante do debate contemporâneo sobre a adolescência, encontramos vários estudos que partem de diferentes tradições com perspectivas teóricas e metodológicas igualmente diversificadas. Muitos estudos recentes focalizam adolescentes que se encontram envolvidos em problemáticas preocupantes, que justamente demandam atenção e cuidado por parte da sociedade civil e do estado que, afinal, são responsáveis pelo cuidado daqueles que constituirão as gerações futuras. Devemos aqui lembrar estudos como os de GUILLÉN e NASCIMENTO (2010), GARCIA DEL CASTILLO, DIAS e CASTELAR-PERIM (2012), COSTA, CAMURCA, BRAGA e TATMATSU (2012), que abordam problemas com drogas e álcool. Outros autores tem se dedicado à pesquisa da

importante questão da gravidez precoce, que envolve, evidentemente, tanto o bem estar da adolescente como o do bebê, que como sabemos, necessita ter suas necessidades atendidas por um ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1983).

Esta questão é importante porque as gestações adolescentes na maioria das vezes ocorrem em contextos de precariedade social, justificando a preocupação dos pesquisadores, tais como OGIDO e SHOR (2012), PARIZ, MENGARDA e FRIZO (2012), PENNA, CARINHANHA, MARTINS e FERNANDES (2012), CAMINHA (2012). Encontramos também investigações que focalizam tentativas de suicídio na adolescência²¹, condutas de risco e transtornos alimentares entre adolescentes, como os de FLORENZANOU, CARCERES, CALDERÓN, SANTANDER, CASSASUS e ASPILAGA (2010), TEIXEIRA-FILHO e MARRETTO (2012), CUNHA e LIMA (2012), GONZAGA (2012), dentre outros.

O exame desta literatura nos convence sobre o seu valor, afinal, a ciência faz sentido quando contribui para a solução de problemas. Deste modo, a focalização das dificuldades e sofrimentos dos adolescentes deve ser valorizada na medida em que pode produzir conhecimento que gere benefícios. Contudo, nos impressionamos pela falta de artigos que abordem as potencialidades e virtudes do adolescente. Se por um lado reconhecemos o valor dos artigos sobre violência, uso de drogas, gestação precoce, suicídio e outras problemáticas, não deixamos de estranhar a ausência de uma visão mais integrada do adolescer. Assim, defrontamo-nos com um quadro interessante: reconhecemos o valor dos artigos que enfatizam a violência, o uso de drogas, a gestação precoce, o suicídio e outras problemáticas, mas não deixamos de estranhar a ausência de artigos, que comporiam este conjunto de modo a não passar a impressão de que a adolescência é nada mais do que um fator de risco, um problema em si mesma. Toda a vitalidade, a potencialidade, o desejo de viver, aprender e realizar parece não ter lugar no conjunto da literatura científica. Destaca-se a vulnerabilidade emocional aumentada, mas não a flexibilidade, a abertura para o novo e a busca de caminhos para o futuro.

²¹ Cabe lembrar que as pesquisas de Tardivo (2004) sobre adolescentes indígenas foi motivada por uma demanda relativa a várias tentativas de suicídio, ocorridas no município de São Gabriel da Cachoeira.

Ainda não fizemos um trabalho sistemático, que pretendemos realizar proximamente, no que tange à mídia. Contudo, nossas observações, até o momento, tem-nos levado à impressão de que praticamente se limitam a apresentar a adolescência como um foco de problemas. Ora, não negamos, de modo algum, que num país do capitalismo periférico, marcado por profundas desigualdades sociais, como o nosso, aqueles que se preparam para entrar numa vida adulta, possivelmente precária, provavelmente apresentarão vários problemas. Entretanto, o silêncio relativo aos aspectos positivos da adolescência não deixa, a nosso ver, de gerar efeitos no sentido de cultivar um imaginário coletivo preconceituoso, segundo o qual o adolescente será, no mínimo, um aborrecimento familiar e social.

Assim, acreditamos que a ausência de pesquisas científicas e de manifestações midiáticas, que focalizem as potencialidades maturacionais dos adolescentes, pode contribuir para alimentar e manter imaginários preconceituosos. O preconceito, quando concebido como conduta, emerge a partir de campos de sentido afetivo-emocional. Surge como manifestações mais ou menos explícitas, mesmo numa época histórica como esta em que vivemos, na qual já vigoram leis que criminalizam manifestações discriminatórias como o racismo e a homofobia. Exemplo de preconceito disfarçado pode ser dado quando estudamos o imaginário de professores sobre crianças adotadas, que aí surgem como vítimas do que denominamos exclusão insidiosa (PONTES, CABRERA, FERREIRA, AIELLO-VAISBERG, 2008).

No que tange especificamente à discriminação contra adolescentes, podemos dizer que, sob uma aparência de interesse e preocupação, pode se esconder o preconceito, eventualmente associado com aflição e desconforto dos adultos, quando se veem diante de jovens capazes poder de ação mesmo se ainda bastante imaturos e inexperientes. Este problema certamente se acentua em circunstâncias históricas como as atuais, durante as quais se pode observar um aumento da violência urbana, ligado a um aprofundamento de desigualdades sociais. Assim, fica robustecido não apenas o medo de que os adolescentes de classe média possam se comportar mal, como o temor de que os mais pobres possam se tornar violentos e delinquentes.

Lembramos que certamente o mal estar do e diante do adolescente interroga a sociedade acerca do tipo de vida que estamos levando, do futuro que pretendemos, do

modo como temos preparado e educado as gerações mais jovens e dos valores que cultivamos. Entretanto, quando os adultos reagem aos questionamentos que o “ser adolescente” coloca por meio de condutas preconceituosas, acabamos por entrar em terreno perigoso, uma vez que campos de sentido afetivo-emocional preconceituosos e paranoides apresentam um caráter psicopatológico que não contribui para o desenvolvimento de modalidades de relações inter-humanas mais respeitosas, éticas e solidárias.

Defendemos que o ser humano não pode ser compreendido como pessoa, se não levarmos em conta as condições concretas de sua vida (BLEGER, 1963; POLITZER, 1928). Por este motivo, adotamos uma postura crítica em relação às diversas possibilidades da passagem da vida infantil para a adulta, levando em conta o contexto sócio histórico e cultural em que o jovem está inserido (CAMPS, 2003; BARUS-MICHEL, 2005; SALLES, 2005; BARRETO, 2006; RESENDE, 2006; PRATTA E SANTOS, 2007; KLEIN, 2008). De acordo com essa vertente teórica, o fenômeno da adolescência é compreendido como uma criação cultural da sociedade ocidental, sendo apenas uma das diversas formas existentes de se lidar com o processo de amadurecimento orgânico para que o sujeito possa ser considerado um adulto.

A sociedade contemporânea é altamente diferenciada, do ponto de vista tecnológico, em relação a períodos anteriores, apresentando características que incidem no modo como o cotidiano é vivido pelas pessoas, tais como imediatismo, aceleração e consumismo (ARÓS; AIELLO VAISBERG, 2009; CAMPS, 2009; BAUMAN, 2004, 2008). Nas sociedades capitalistas periféricas, alinhadas à ordem neoliberal internacional, que aumentam as desigualdades sociais, encontraremos modos locais de vivenciar a adolescência, diretamente afetados pelas configurações econômicas, políticas, culturais e históricas vigentes (AIELLO-VAISBERG; BARUS-MICHEL, 2005).

Sendo assim, enquanto alguns adolescentes gozam de uma proteção familiar e têm chances de pensar em uma profissão com formação universitária, outros, de camadas sociais inferiores, mal conseguem alfabetizar-se de fato, entrando no mercado de trabalho para ocupar, posições subalternas mal remuneradas. Os adolescentes da classe média podem vivenciar a adolescência como uma fase de transformações, sonhos e expectativas, e também inseguranças, dúvidas e dificuldades. Já os jovens de

classes sociais mais baixas se veem obrigados a escolher ocupações que lhes proporcionem ganhos imediatos, para que possam ter a própria subsistência, e muitas vezes também colaborar com o sustento da família. Esta falta de perspectiva certamente gera sofrimento e pode estimular alguns a apresentarem tendências antissociais, a partir de experiências de desesperança (WINNICOTT, 1984)

O Brasil apresenta uma realidade social precária, que prejudica o desenvolvimento psicossocial dos jovens. Neste contexto tornou-se necessária a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), um instrumento jurídico no qual o estado reconhece a necessidade de proteção social específica a crianças e adolescentes. Se por um lado o ECA contribui para a proteção dos jovens, colocá-lo em prática de modo verdadeiramente construtivo é um desafio constante para a sociedade civil brasileira.

OS IDOSOS E AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Embora não tenhamos finalizado uma revisão sistemática da literatura, acreditamos que vigore, nas ciências humanas, uma visão sobre o idoso mais voltada para os problemas dos mais frágeis do que para o reconhecimento de seus potenciais. Tal quadro gera uma impressão de que velhice é sinônimo de problema.

Reconhecemos a relevância das pesquisas recentes que abordam temáticas relacionadas à complexidade e dificuldades do envelhecer. Considerando que a produção do conhecimento científico se justifica, em última instância, pelo que possa contribuir para a solução de problemas humanos, faz grande sentido o incentivo de uma produção que focalize problemas cuja superação desejamos. São assim, indiscutivelmente úteis trabalhos que focalizam condições de fragilidade, doença e incapacidade do idoso, abordando questões tais como as dificuldades de acesso a medicamentos (MOURA; COHN e PINTO, 2012), a planos de saúde (HERNANDES; ELIZABETH et al, 2012) ou sobre o gerenciamento de doenças crônicas (VERAS, 2012). Reconhecemos também a importância de estudos que focalizam as práticas de cuidado dos idosos (MANNA, 2013)

Por outro lado, parecem raros trabalhos como o de Bosi (1994) que, em seu livro “Memória e sociedade- lembrança de velhos” abordou a importância da relação entre

avós e netos, reconhecendo que os mais velhos podem trazer contribuições fundamentais do ponto de vista da formação das novas gerações, justamente porque já vivenciaram o auge da idade produtiva e alcançaram uma perspectiva que não se pode ter antes.

O interesse por esse grupo etário crescente e diversificado é relevante, pois se sabe que, devido à queda das taxas de fecundidade e mortalidade, vem ocorrendo um expressivo aumento da expectativa de vida da população brasileira. As previsões estatísticas, segundo as quais o Brasil seria, em 2005, o sexto país do mundo que teria a maior população de idosos, foram cumpridas (WHO, 2005). Sendo assim, várias leis e decretos foram criados, como a Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996), e a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999), com o objetivo de assegurar os direitos dos idosos e promover melhores condições de vida, ou seja, maior autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Devemos também lembrar que a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas leis complementares, que enfatizam os pilares da universalização, integralidade, descentralização e da participação popular, visaram, em grande parte, beneficiar também a população idosa, compreensivelmente mais sujeita a doenças em virtude do próprio processo de perda de funcionalidades orgânicas. Essas diretrizes políticas são de extrema relevância e mostram, a nosso ver, uma preocupação com a situação do idoso no Brasil, ainda que grandes obstáculos e desafios devam ainda ser enfrentados para que os ideais se tornem efetiva realidade. Afinal, tornar-se idoso numa sociedade em que as desigualdades sociais são profundas certamente agrava experiências de desamparo.

Em muitas sociedades ocidentais, o preconceito etário ocorre nos órgãos governamentais, no mercado de trabalho, na mídia, nas famílias e na vida social, de modo geral. Desenvolvem-se, assim, práticas sociais que tomam a idade como critério para segregação, o que, evidentemente, não contribui para a diminuição de conflitos improdutivos entre as gerações. Ações baseadas em estereótipos agem, claramente, contra o indivíduo.

Por outro lado, devemos considerar que o aumento da longevidade pode favorecer trocas intergeracionais, que certamente caminharão em sentido oposto ao da discriminação etária no país (GOLDANI, 2010). A nosso ver, existe uma realidade que não pode ser esquecida, relativa ao idoso que trabalha para ajudar a família com apoio financeiro, ao idoso que permanece em casa encarregando-se de tarefas domésticas ou eventualmente ajudando na criação dos netos. Na verdade, antes de alcançar uma idade em que o declínio orgânico se acentua marcadamente, muitos idosos estão, de fato, participando ativamente da vida em comum.

Um interessante aspecto da relação intergeracional, que aparece no estudo de Tardivo (2007) sobre os altos índices de suicídio e homicídio entre jovens indígenas aculturados, levou a autora a relacionar este fenômeno com a situação complexa em que os idosos daquela região também estavam vivendo. Utilizando o Procedimento de Desenhos Temáticos, a pesquisadora orientou que um grupo de jovens desenhasse “um jovem de São Gabriel da Cachoeira dos dias de hoje” seguido de associações escritas. Considerando a situação social em que estavam inseridos, na qual os aspectos culturais e antropológicos se perdiam progressivamente, foi possível conhecer um pouco das dificuldades e conflitos entre os jovens e seus familiares, a partir de uma clínica diferenciada. Vários desenhos mostravam bebidas, drogas e cenas de violência, de modo que a pesquisadora constatou que os próprios jovens se posicionavam de modo fundamentalmente crítico sobre si mesmos, como se reproduzissem o que os adultos diziam sobre eles. Muitos adolescentes eram filhos de pais indígenas, mas desprezavam suas raízes culturais, não se vinculando a tradições nem ritos de passagem tradicionais. Esta verdadeira ruptura em relação aos costumes das gerações precedentes acabava por provocar intenso desamparo.

No entender de Tardivo (2007), a sociedade foi incapaz de oferecer aos jovens uma perspectiva satisfatória quanto a seus direitos como cidadãos. A pesquisadora refletiu sobre algumas medidas que poderiam ser transformadoras, considerando que os mais idosos deveriam estar implicados no processo de amadurecimento dos jovens. Entretanto, esta visão logo revelou que o problema em questão apresentava dimensões maiores, já que, naquela região, a geração mais velha vivia em intensa crise de valores

e crenças, desiludidos com a mais nova. Apoiando-se numa perspectiva eriksoniana, Tardivo (2005) afirma que a função dos mais velhos seria apresentarum forte sistema de valores, para que os adolescentes pudessem contestá-los com segurança e, deste modo, serem auxiliados no processo básico de formação de identidade.

Outro interessante estudo, que traz contribuições para a questão das relações intergeracionais, deriva de pesquisa sobre a potencialidade mutativa de oficinas psicoterapêuticas que reuniam, num mesmo atendimento, adolescentes, adultos e idosos. Este enquadre diferenciado configurou-se como uma proposta inovadora, que utilizou cartas, fotos e lembranças como materialidade mediadora para a composição de uma instalação coletiva a ser fotografada em cada sessão (MACHADO, AIELLO-VAISBERG, GIL e TARDIVO, 2003). Neste ambiente terapêutico suficientemente bom, tiveram lugar experiências mutativas marcadas por trocas intergeracionais fecundas.

Considerando que enquadres terapêuticos são ambientes que, apesar de protegidos, inserem-se, inevitavelmente, no contexto social em que ocorrem, os desenvolvimentos que ocorrem em atendimentos podem ser, no nosso ver, compreendidos como indicadores de possibilidades de instauração de novas formas de vínculo entre pessoas e grupos, inclusive entre pessoas que pertencem a diferentes faixas etárias.

OS CONCEITOS DE PRECONCEITO E IMAGINÁRIOS COLETIVOS

A nosso ver, existe, no campo da psicologia, uma tendência, com a qual não concordamos, em pensar o preconceito como um fenômeno psicológico individual. Criticamos esta visão na medida em que contraria os pressupostos de uma psicologia concreta, segundo a qual devemos combater os mitos do homem isolado, natural e abstrato (BLEGER, 1963), para nos aproximarmos maximamente do acontecer humano. Apoiadas nas indicações de Bleger (1963) e Politzer (1928), acreditamos que as condutas preconceituosas não são meras exteriorizações de personalidades autoritárias e conservadoras, mas fenômenos que emergem a partir de campos de sentido afetivo-emocional, de caráter vincular. Tais campos são ambientes humanamente produzidos, fruto de atos de indivíduos e grupos. Tais ambientes, por seu turno, constelam-se em

contextos sociais, políticos, históricos e culturais mais amplos. Assim, vamos, por exemplo, encontrar campos de sentido afetivo-emocional marcados por crenças na inferioridade feminina em certos contextos sociais, políticos e culturais, mas não em outros. Campos configurados pela desvalorização do idoso certamente são mais comuns na sociedade globalizada atual, marcada pelo neoliberalismo, do que em sociedades tradicionais. Como psicólogos, estamos interessados nos campos porque nossa atuação se dá neste nível. Contudo, queremos evitar reducionismos psicológicos, porque certamente conspiram contra movimentos que visam transformações importantes que hoje se apresentam como carecimentos radicais, vale dizer, como exigências éticas no sentido do respeito aos direitos das pessoas (HELLER,1982).

Os fenômenos do preconceito e da exclusão social, indignos e eticamente inaceitáveis, criam condições provocadoras de importante sofrimento emocional. É óbvio que deste modo podem se configurar situações que demandam providências em termos sociais, políticos e jurídicos. Mas também é verdade que uma sociedade pode resolver certas questões num plano aparente, enquanto o preconceito segue vigente de modo sutil, mas não menos prejudicial e destrutivo. Cabe aqui pensar que a psicologia tem uma contribuição a fazer, segundo linhas de tratamento e prevenção, de psicoterapia e de psicoprofilaxia, que tem como paciente não mais o indivíduo, mas de um campo de sentido afetivo emocional produzido humanamente por condutas, que nutrem e perpetuam preconceitos (BLEGER, 1966). Seguindo o pensamento de Bleger (1963) abordamos o preconceito como conduta, vale dizer, como manifestação humana emergente de campos de sentido afetivo-emocional. Tais manifestações podem ocorrer em diferentes áreas, concretizando-se como fenômenos simbólicos que habitualmente são designados como pensamentos, sentimentos, fantasias, representações ou crenças, como modificações corporais das mais diversas e também como atos, gestos e práticas que podem deixar traços, vestígios e até produtos claramente perceptíveis.

Utilizamos o conceito de imaginário coletivo, considerando que correspondem a condutas, no sentido blegeriano do termo coletivo (AIELLO-VAISBERG, 1999; AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008). As condutas imaginativas abrangem tanto a imaginação, como atividade psíquica, como a produção de práticas e objetos. Seu estudo psicanalítico privilegia a investigação de determinantes lógico-emocionais

subjacentes, de maneira coerente com a concepção antropológica psicanalítica de um ser humano que não é exclusivamente racional. Nesta linha, ao pesquisar o substrato afetivo-emocional subjacente a condutas imaginativas, visamos produzir conhecimento que possa orientar a proposição de práticas psicoprofiláticas, fundadas na criação de ambientes humanos que favoreçam a sustentação emocional (BLEGER,1966).

Considerando que os estudos de imaginário consistem em abordar o que um grupo imagina sobre outro grupo social, e que até o presente momento os estudos realizados em nosso grupo buscaram conhecer imaginários de grupos que lidam diretamente, e até mesmo institucionalmente com adolescentes, como por exemplo, os professores, achamos interessante focalizar o grupo de idosos, que não teriam responsabilidade socioeducativa formal na convivência com os jovens. Pretendemos utilizar o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, que foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999), a partir da proposta psicodiagnóstica idealizada por Trinca (1976), como atividade expressiva. Vamos utiliza-lo como recurso clínico facilitador comunicação emocional, uma vez que favorece a instauração de um campo intersubjetivo especial, de características visivelmente brincantes (MANNA & AIELLO-VAISBERG, 2013). Os desenhos e as histórias produzidas pelos participantes, que serão considerados como narrativas que revelarão o modo como se vinculam imaginativamente aos adolescentes, serão psicanaliticamente considerados em termos da produção de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, conforme o particular modo de operacionalização do método psicanalítico que vem sendo adotado no contexto do Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção, recentemente formalizado por Ambrosio (2013). Esperamos, por esta via, contribuir com a constituição de ambiente sociais suficientemente bons.

REFERÊNCIAS

AIELLO VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de livre docência não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1999.

- AIELLO VAISBERG, T. M. J. *Subjetividade e alteridade: considerações sobre os fundamentos de uma clínica grupal na perspectiva Winnicottiana*. Rev. SPAGESP, 10 (1), 2009.
- AIELLO VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J; MONZANI, L. *Olhar: Fabio Hermann - Uma Viagem Psicanalítica*. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH – UFSCar, p. 311-324, 2008.
- AIELLO VAISBERG, T. M. J.; [MACHADO, M. C. L.](#) ; AYOUCHE, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. 1 ed. Paris: L'Harmattan, v. 1, p. 39-52, 2009.
- AMBROSIO, F.F. O estilo clínico Ser e Fazer na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias. Tese de Doutorado. Campinas, PUC-Campinas, 2013.
- BARRETO, M.A.M. *Do vôo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes*. 196 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2006.
- BARRIENTOS, D. S.; MIURA, P. O.; GEMMA, M.; ALMEIDA-SILVA, B.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Graves victimas de la violencia domestica: un desafio para lo adolescente. *Revista Enfermería Herediana*, v. 5, p. 125-132, 2012.
- BARRIENTOS, D. S.; MIURA, P. O.; GEMMA, M.; SILVA, B. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Compreendendo a gravidez na adolescência e as situações de violência intrafamiliar. *Indagatio Didactica*, v. 5, p. 393-406, 2013.
- BARUS-MICHEL, J. *Entre sofrimento e violência: a produção social da adolescência*. In: Anais do Simpósio Internacional do Adolescente, São Paulo, 2005. USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100018&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 01 abr 2009.
- BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, J. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- BRASIL. Conselho Nacional do Idoso. Política Nacional do Idoso. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Brasília: Conselho Nacional do Idoso, 1994. Dispõe sobre a

política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. *Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996*. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996. Regulamenta a Lei nº 8. 842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso: *Portaria nº. 1.395, de 10 de dezembro de 1999*. Brasília: Conselho Nacional do Idoso, 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série: B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)

[promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acess 15 maio 2010.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1994.

CAMINHA, N.de O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), p.81-88, 2012.

CABREIRA, J. C. et al. *Incompreensão, vazio e oposição pueril: o imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual*. In: Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia 1. Campinas: PUCCAMP, 2007. Disponível em: <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e-Fenomenologia.pdf>. Acess 27 de set de 2013.

CABREIRA, J. C.; et al. * dio e discriminação contra  mos : um estudo sobre o imaginário coletivo de adolescentes*. In: Jornada sobre a criança e o adolescente 2. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007. serefazer.pcs.br. Disponível em:

<http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-Simposio->

[NPCR.pdf](#). Acessado em 27 de setembro de 2013.

CAMPS, C.I.C. de M.A *hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAMPS, C.I.C.M. *Ser e fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*". 213f. Tese de doutorado defendida no Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, 2009.

COSTA, A. G. et al. *Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens*. *Physis*, 22(2), p.803-819, 2012.

CUNHA, C. de F. e LIMA, N. L. Uma delicada transição: adolescência, anorexia e escrita. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 15, (4) p.798-811, 2012.

FLOREZANOU, R.; CARCERES, E. C.; VALDÉS, M. C.; CALDERÓN, S. S.; SANTANDER, S. R.; CASSASUS, M. e ASPILLAGA, C. Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, em estudantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuaderno Medico Sociale*, 50 (2), 115-123, 2010.

GARCÍA DEL CASTILLO J. A., DIAS, P C. e CASTELAR-PERIM, P. Autorregulação e consumo de substâncias na adolescência. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 25 (2), p.238-247, 2012.

GOLDANI, A. M. Desafios do "preconceito etário" no Brasil. *Educação e Sociedade*, Campinas, 31 (111), 2010.

GONZAGA, A. P. Anorexia: a failure in the work of melancholia. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 15 (3), p.649-656, 2012.

GUILLÉN, R. R. e NASCIMENTO, L. C. Consumo de drogas em los jóvenes de La ciudad de Guayquil, Ecuador. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 18, 598-605, 2010.

HELLER, A. *Para mudar a vida*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo, Brasiliense, 1982.

- HERNANDES, E. S. C. et al. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.46 n.6, dez, 2012.
- KLEIN, A. Adolescents without adolescence: Reflections on adolescents formation of subjectivity and their families in a Neoliberal context. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 464-479, 2008.
- MACHADO, M.C. L., AIELLO-VAISBERG, T.M.J., GIL, C.A., e TARDIVO, L.C. Oficina Psicoterapêutica De Cartas, Fotografias e Lembranças: Uma Experiência Dramática. In *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade*. IPUSP, 2003.
- MANNA, R.E. O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2013.
- MANNA, R. E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Rabisco-Brincadeira: Por uma Clínica Psicanalítica da Transicionalidade. *Rabisco Revista de Psicanálise*, 3, 87-93, 2013.
- MARTY, F. Adolescência, violência e sociedade. *Ágora*, Rio Janeiro, UFRJ, 9 (1), p.119-131, 2006.
- MENCARELLI, V.L.; BASTIDAS, L. S.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A difícil notícia do diagnóstico da síndrome de imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. *Psicologia Teoria e Prática*, 10 (2), p. 106-120, 2008.
- MINHOTO, M.; AMBROSIO, F.F.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O imaginário de adolescentes sobre alcoolismo: um estudo psicanalítico comoprocimento Desenhos- Estórias com Tema, Encontro, 2007.
- MONTEZI, A. V. ; et al. Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305, 2011.
- MONTEZI, A.V.; et al. Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, 19 (1), p. 74-88, 2013.
- MOURA, B. V.; COHN, A.; PINTO, R. M. F. Farmácia: a porta de entrada para o acesso a medicamentos para idosos residentes em Santos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2012. v. 21, n. 2, jun. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200013&lng=pt&nrm=iso)

12902012000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 10 out. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200013>.

OGIDO, R. e SCHOR, N.A jovem mãe e o mercado de trabalho. *Saúde e Sociedade*, 21(4), p.1044-1055, 2012.

PARIZ, J. MENGARDA, C. F. e FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. *Saúde e Sociedade*, 21(3), p.623-636, 2012.

PENNA, L. H. G. et al. A maternidade no contexto de abrigamento: concepções das adolescentes abrigadas. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 46(3), p.544-548, 2012.

PRATTA, E. M. M. e SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 247-256, 2007.

PONTES, M.L.S.A *hora H: o imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre adolescência*. Dissertação de mestrado defendida no Centro de Ciências da vida da PUC-Campinas, 2011.

[PONTES, M. L. S.](#); CABRERA, J. C.; FERREIRA, M. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Adoção e Exclusão Insidiosa: O Imaginário de Professores sobre a Criança Adotiva. *Psicologia em Estudo*, v. 13, p. 495-502, 2008.

RESENDE, T. F. Crianças e informação: papéis da família e da escola. *Educação & Realidade*, 31(2), p. 171-188, 2006.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, 22 (1), p. 33-41, 2005.

TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Desenhos-Estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças*, 15 (1), p. 23-31, 2008.

TARDIVO, L.S.L.P.C. *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje*. Livre Docência. Instituto de Psicologia da USP, 2004.

TARDIVO, L.S.L.P.C. O encontro com o jovem em São Gabriel da Cachoeira - em busca de uma clínica diferenciada. *Simpósio Internacional do Adolescente*, 2005. Disponível em

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100031&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 08 Oct. 2013.

TARDIVO, L. S. L.P.C. Sofrimento, desenraizamento e exclusão: relato de uma experiência com indígenas aculturados do Amazonas. *Psicólogo informação*, 11 (11), p. 113-126, 2007.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A.A. Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, estudo de validade e padronização. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 9, p. 20, 2008.

TARDIVO, L. S. L. P. C. *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, v. 1. 172, 2007.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Identificação e Efeitos da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Validação de um Inventário de Frases. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, v. 2, p. 160-192, 2013.

WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre RS: Artmed Editora S.A, 1983. (original publicado em 1965)

WINNICOTT, D.W. Deduções a partir de uma entrevista terapêutica com uma adolescente. In Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (J.O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1964.

WINNICOTT, D.W. O jogo do rabisco. In Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (J.O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1968.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, dezembro, 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600001&lng=pt&nrm=iso>. Acess 10 out. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600001>.

**“QUANDO É QUE ISSO VAI ACABAR?”: A DIFÍCIL DECISÃO DA INTERRUPÇÃO DA
GESTAÇÃO DE UM BEBÊ COM MALFORMAÇÃO FETAL**

Walkíria Cordenonssi Cia

Fabiana Follador e Ambrosio

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

RESUMO

O objetivo deste trabalho é realizar pesquisa empírica qualitativa sobre a experiência emocional de gestantes e casais que apresentam gestações com anomalias fetais letais e que decidem pela sua interrupção. Utilizando o método psicanalítico, organiza-se ao redor da realização de encontros individuais com gestantes ou casais, registrados por meio de narrativas transferenciais. A partir destas pudemos criar/encontrar o campo que denominamos “Quando é que isso vai acabar?”, que se define pela angústia vivida pelas gestantes e os casais diante de um processo de interrupção da gestação.

Palavras-Chave: Anencefalia, Interrupção da Gestação, Pesquisa psicanalítica, Sofrimentos Sociais, estilo clínico Ser e Fazer.

Atualmente as malformações fetais são detectadas logo no início da gestação. Essas informações são permitidas devido ao desenvolvimento da tecnologia, que proporcionou avanços nos aparelhos de ultrassonografia, assim como a formação de médicos especialistas em Medicina Fetal.

Considerado o pioneiro na utilização do exame de ultrassonografia na obstetrícia, Ian Donald realizou as primeiras medições fetais em 1956. Apesar do marco histórico, sabemos que, antes dele, outras especialidades já haviam utilizado o exame para diversos diagnósticos. Mais de uma década depois, em 12 de outubro de 1970, foi criada a “American Society of Ultrasound Technicians (AIUM)” e, em 1974, a profissão de médico ultrassonografista veio a ser reconhecida (BAKER, 2005). No Brasil, o uso do

exame de ultrassonografia consolidou-se nas especialidades de ginecologia e obstetrícia a partir da década 1980 (CHAZAN, 2008) e na atualidade faz parte da rotina do pré-natal.

A REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA

Qualquer situação diagnóstica, em contextos variados, é potencialmente geradora de ansiedade. No caso dos exames de ultrassonografia, os pacientes sabem da possibilidade de detecção de algum tipo de ocorrência problemática pelo médico durante o procedimento. Apesar da ultrassonografia ter o benefício de ser um exame não invasivo, nos casos de diagnósticos inconclusivos torna-se necessária a realização de outros exames complementares, como o estudo do cariótipo fetal, onde certa quantidade de líquido amniótico é colhida para investigação.

Em se tratando de situações desfavoráveis, onde há presença de anomalias fetais, o médico enfrenta um momento delicado: deve informar precisamente os achados a uma gestante ou a um casal, sendo, ele próprio, atingido pela notícia. Como profissional da saúde, também precisa contribuir para que o momento da revelação do diagnóstico, desde o início bastante sofrido graças à apreensão que gera, seja vivido com a menor carga possível de angústia.

Mesmo sendo realizada uma cuidadosa comunicação do diagnóstico por parte do médico, quando a gestante ou o casal recebem a notícia de que seu filho apresenta uma malformação letal, ou seja, que não tem chances de sobreviver após o nascimento, vivenciam uma situação que abala o *sentimento de continuidade do viver* (VITALI, 2004; TACHIBANA, 2006). Tal sentido deriva, certamente, da experiência que precede a constituição de *self* nos primórdios da vida, os momentos tranquilos da existência, onde o que o bebê vivencia é continuar *sendo*. Trata-se, a nosso ver, de “sentido” que subjaz à existência individual ao longo da vida, sustentando elaborações narrativas sobre si mesmo (AIELLO-VAISBERG, 2012). Quando adultos, graves situações podem levar à vivência de uma “interrupção dramática do viver”, abalando o sentimento de continuidade de ser, no nosso caso, desses pais.

As anomalias fetais letais causam uma grande desestruturação emocional nos pais, mas também podemos encontrar gestantes que reagem com a mesma intensidade emocional no caso de malformações facilmente corrigíveis com pequenas cirurgias após o nascimento do bebê. Nesses casos, o estado emocional das gestantes, para os médicos que acompanham anomalias com graves comprometimentos, é de difícil compreensão.

A preocupação com todos os aspectos que envolvem as malformações fetais gera muitas pesquisas e, no campo da psicologia, os aspectos emocionais diante dessa situação são o foco de vários estudos (BREEZE et al (2007); QUAYLE et al, 1996; SOUKA et al, 2010; KORENROMP et al (2009); CÔTÉ-ARSENAULT E DENNEY-KOELSCH (2011); MIRLESSE et al (2011); BENUTE et al (2012).

DECISÃO CONCEDIDA?

Como mencionamos anteriormente, as malformações graves já podem ser detectadas no primeiro trimestre da gestação. Diante dessa notícia, é preciso que os pais tomem uma rápida decisão entre continuar ou não com a gestação, o que emocionalmente gera muito sofrimento e grande pressão.

Caso exista o desejo da interrupção de uma gestação fetal letal é necessário entrar com um alvará judicial para obter a permissão para que esta possa ser realizada. A única exceção refere-se ao caso de bebês anencéfalos²². Para outras anomalias fetais letais, ainda é necessário acessar a justiça para realizar o procedimento legalmente e não há um consenso entre os juízes, alguns permitindo a realização do procedimento e outros não. Entretanto, quanto mais adiantada as semanas de gestação, menores serão as chances do alvará ser deferido pelo juiz.

Algumas gestantes, logo que realizam o primeiro exame de ultrassonografia, não acreditam que em um segundo exame o diagnóstico da anomalia fetal se modificará. Já outras, esperam a segunda ultrassonografia antes de decidir pela interrupção, ficando esperançosas em mudanças no diagnóstico e também para tomarem uma decisão

²² Até o dia 13 de abril de 2012, no Brasil, só em casos de estupro e risco de vida materna a interrupção legal da gestação era permitida.

embasada em dados mais precisos. Esses momentos são bastante delicados, uma vez que envolvem crenças pessoais arraigadas, às vezes não conscientes, posicionamentos religiosos, entre outros.

Constatamos que, a partir do momento em que a gestante ou o casal decidem pela interrupção, desejam que esta seja realizada o mais rapidamente possível. Muitos acreditam que todo o sofrimento se encerrará após o nascimento. Verificamos a existência de temores por parte da gestante em envolver-se emocionalmente de forma mais profunda com o bebê, sugerindo a existência de um vínculo já estabelecido e a ilusão de que este possa acabar após o procedimento.

O pedido judicial de permissão de interrupção da gestação nos casos de anomalias fetais letais envolve uma gama extremamente angustiante de vivências, desde o questionamento acerca da decisão, passando por expectativas pessoais do casal ou da gestante sobre as repercussões familiares e/ou sociais sobre sua resolução, chegando à apreensão sobre a decisão judicial, dado que o pedido pode vir a ser negado.

Socialmente buscam o isolamento, de certa forma evitando que as novidades sobre o bebê estejam em pauta, poupando-se e aos outros dos embargos e tristezas advindas.

No caso do pedido ser indeferido, a continuidade da gestação pode ser vivenciada como uma grande invasão ambiental, uma experiência violenta e terrorífica; a mulher precisa vivenciar as mudanças físicas, seu corpo se modificando, sua barriga crescendo, o bebê se mexendo, mas tendo que se lembrar dos resultados dos exames. Pudemos notar essas reações emocionais nos casais que esperavam pelo deferimento ou indeferimento do alvará²³.

Após o deferimento do pedido, a gestante precisa ser hospitalizada para a realização do procedimento. Em geral, deparam-se com hospitais que não possuem um espaço reservado para mães que sofreram aborto espontâneo, tiveram um natimorto ou que realizaram uma interrupção da gestação. Nesses casos, essas mulheres ficam internadas junto às mães que tiveram seus bebês saudáveis. A duração da internação varia de acordo com a resposta materna ao medicamento utilizado para gerar contrações.

²³ Nos casos que acompanhamos, as gestantes conseguiram o alvará, que possibilitou a interrupção legal da gestação. Entretanto, em muitos casos não pudemos ter notícias sobre o resultado do pedido.

O processo da interrupção tem fim, portanto, com o feto saindo do útero, a partir de contrações uterinas induzidas.

Em alguns casos, após o nascimento as mães desejam ver o bebê (TACHIBANA, 2011; SILVA; RODRIGUES; AMARAL, 2011; BENUTE et al, 2006; TACHIBANA, 2006). Mesmo com o tema sendo pesquisado e discutido, não temos como dimensionar quais são as consequências emocionais que esse encontro pode causar. Notamos, por outro lado, que a decisão da mãe muitas vezes é bastante angustiante para a equipe médica, podendo ser combatida de forma preconceituosa por alguns integrantes da equipe de saúde, gerando a admissão de um tratamento diferenciado (TACHIBANA, 2011). Assim, a situação, que já é dramática por si só, torna-se mais difícil para os pais.

No Brasil evidenciamos um maior preconceito e dificuldade dos profissionais em lidar com as mães que decidem realizar a interrupção da gestação. Já em países onde a interrupção não necessita de permissão judicial, Côté-Arsenault e Denney-Koelsch (2011) e Obeidi (2010) puderam notar o despreparo dos profissionais para o atendimento a gestantes e aos casais que decidem pela continuidade da gestação.

Wool e Northan (2011) e Silva, Rodrigues e Amaral (2011) demonstram a necessidade da promoção de projetos educacionais aos profissionais para que possam fornecer apoio às famílias em casos de diagnósticos limitantes da vida fetal. Concordamos com a importância dos projetos educacionais, mas acreditamos que sem a criação de um ambiente hospitalar suficientemente bom (TACHIBANA, 2011) esses profissionais dificilmente poderão lidar com suas dificuldades emocionais em relação aos pacientes. Além disso, a equipe de saúde precisa estar preparada para acolher a mãe e também o sofrimento do pai. Estar atento ao contexto de uma determinada internação é de extrema importância tanto para o paciente quanto para o trabalho dos profissionais.

Além do suporte emocional ao casal, o cuidado com sua família deve ser considerado como parte extensa, desonerando o casal de prestar suporte em momento tão difícil, bem como evitando que as angústias e medos dos familiares atinjam o casal.

Após a interrupção não tivemos mais contato com essas mães, pois, apesar de nos colocarmos à disposição para eventuais consultas, estas não nos procuraram mais.

Partindo da consideração desse quadro de notável sofrimento emocional, buscamos investigar a experiência emocional de gestantes e casais que apresentam gestações de risco devido a anomalias fetais letais e que decidem pela sua interrupção.

PESQUISANDO COM O MÉTODO PSICANALÍTICO

Valendo-nos do método psicanalítico, desenvolvemos estratégias metodológicas concordantes com as propostas de Politzer (1928) e Bleger (1963), que reivindicaram o resgate da psicologia concreta, contextualizada e vincular. Partimos da busca do substrato afetivo-emocional sustentador de todas as manifestações humanas para estudar a experiência emocional, realizando, dessa forma, uma pesquisa empírica qualitativa, que tem no método psicanalítico sua fundamentação em termos de configuração do acontecer clínico, de registro da experiência e de análise do material obtido (AIELLO-VAISBERG, 2003a, 2003b, 2005).

Realizamos atendimentos clínicos que foram registrados sob forma de narrativas transferenciais (AIELLO-VAISBERG *et al*, 2009; AMBROSIO, CIA & AIELLO-VAISBERG, 2010) e, a partir desse material, pudemos criar interpretativamente campos de sentido afetivo emocional (AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008), que são entendidos como um conjunto de sentimentos, ideias, crenças, valores, pensamentos, a matéria originária e sustentadora de todas as condutas humanas.

Podemos compreender o conceito de campos de sentido afetivo-emocional por meio de uma analogia espacial: os campos seriam os locais habitados por pessoas, em determinados momentos, com maior ou menor permanência, estando elas conscientes ou não da existência dessas regiões. Partindo dessa figuração, podemos notar que nos aproximamos das manifestações presentes na vida concreta das pessoas, produzidas por elas e inseridas contextualizadamente em suas histórias.

Os campos são produzidos intersubjetivamente, no contato do psicanalista/pesquisador com as narrativas transferenciais. Em estado de atenção flutuante, criamos interpretativamente – ou, em uma interlocução com o pensamento

winnicottiano (WINNICOTT, 1971), criamos/encontramos –os múltiplos sentidos possíveis das condutas.

No nosso do nosso estudo, as “regiões habitadas” (AMBROSIO, 2013) dizem respeito às experiências emocionais vividas pelos casais ao receberem um diagnóstico de malformação fetal e à difícil decisão entre interromper ou não a gestação. Sendo assim, a partir das narrativas transferenciais criamos/encontramos um campo de sentido afetivo emocional denominado “Quando é que isso vai acabar?”. Esse campo retrata o sentimento de dor e angústia vivenciado pelo casal durante todo o percurso do processo de interrupção da gestação de um bebê malformado, que não terá chances de sobreviver após o nascimento.

Compreendemos que a experiência emocional de pessoas que participam, acompanhando ou sendo surpreendidas pela notícia da ocorrência de uma gestação onde o bebê apresente algum tipo de malformação, tem natureza invasiva (WINNICOTT, 1945), podendo ocasionar grave sofrimento emocional, graças à interrupção do sentimento de continuidade da existência. Perplexidade, negação, confusão também podem compor o cenário, uma vez que o tema gestação relaciona-se fortemente ao nascimento, à vida, à viabilidade, diferentemente nos casos estudados. As comunicações emocionais que nos foram apresentadas parecem mais expressar a vivência de um pesadelo acordado, juntamente com a vontade/necessidade de acordar desse sonho estranho.

Percebemos que todos aqueles que participam de situações como as que investigamos, de modo direto ou indiretamente, sendo pacientes, familiares ou membros da equipe médica, são afetados, cada um à sua forma e intensidade, pelo sofrimento que presenciam. Dessa forma, prover atenção e cuidado psicológicos aos envolvidos é tarefa imprescindível, que notadamente extrapola as fronteiras familiares e cuja urgência assenta-se sob um imperativo ético.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003a). Da Questão do Método à Busca do Rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In

- Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 36-43.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003b) Ser e Fazer: Intervenção e interpretação na clínica winnicottiana. *Psicologia - USP*, 14 (1), p.95-128, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2005) Consultas Terapêuticas Coletivas e Abordagem Psicanalítica do Imaginário Social. In: Aiello-Vaisberg, T.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 27-44.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J.; Monzani, L.R.. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L; AYOUGH, T.; CARON, R.; BEUANE, D.. Les récitstransferenciels comme représentation du vécu clinique: une proposition méthodologique IN BEAUNE, D. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, 2009, p. 39-52.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Paradoxo de Loucura: A Radicalidade do Pensamento Psicopatológico de D.W.Winnicott. In: I.Sucar; Ramos, H. São Paulo: Primavera Editorial/SBPSP, 2012. p. 231-237.
- AMBROSIO, F. F. *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de Psicoterapias*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. 2013.
- AMBROSIO, F. F.; CIA, W. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Acidente de Flic: a apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. In: VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas, 2010, São Paulo. Anais da VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: reflexões e propostas. São Paulo: IPUSP, 2010. v. 01. p. 263-272.
- BAKER, J. B. The history of sonographers. *Journal of Ultrasound in Medicine*, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2005.
-

- BENUTE, G. R. G. et al. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 1, p. 7-10, 2006.
- BENUTE, G. R. B. et al. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*, v. 28, n. 4, p. 412-415, ago. 2012.
- BLEGER, J (1963). *Psicologia da Conduta*. Tradução de Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BREEZE, C. C. et al. Palliative care for prenatally diagnosed lethal fetal abnormality. *ArchDisChild Fetal Neonatal*, v. 92, p. F56-F58, 2007. Disponível em <http://fn.bmj.com/content/92/1/F56.short> Acesso em: 12 set.2012. doi: 10.1136/adc.2005.092122.
- CHAZAN, L. K. *Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil*. 2008. 75 f. (Pós-Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- CÔTÉ-ARSENAULT, D.; DENNEY-KOELSCH, E. "My baby is a person": parents' experiences with life-threatening fetal diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, v. 14, n. 12, p. 1302-1308, Dec. 2011.
- KORENROMP, M. J. et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 201, n. 2, p. 160.e1-160.e7, Aug. 2009. Disponível em: [www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00393-7/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00393-7/abstract). Acesso em: 22 set.2012 DOI: 10.1016/j.ajog.2009.04.007.
- MIRLESSE, V. et al. Women's experience of termination of pregnancy for fetal anomaly: effects of socio-political evolutions in France. *PrenatalDiagnosis*, v. 31, p. 1021-1028, 2011. Disponível em: <http://wileyonlinelibrary.com>. Acesso em: 12 out. 2012. DOI:10.1002/pd.2825.
- OBEIDI, N. et al. The natural history of anencephaly. *PrenatalDiagnosis*, v. 30, n. 4, p. 357-360, Apr 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2490/abstract>. Acesso em: 28 set. 2012 DOI: 10.1002/pd.2490.
- POLITZER, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: psicologia e psicanálise*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998
-

- QUAYLE, J. et al. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n. 1, p. 33-39, 1996.
- SILVA, M. H.; RODRIGUES, M. F. S.; AMARAL, W. N. Aspectos médicos e psicológicos de grávidas portadoras de feto anencefálico. *Femina*, v. 39, n. 10, p. 493-498, out. 2011.
- SOUKA, A. P. et al. Attitudes of pregnant women regarding termination of pregnancy for fetal abnormality. *PrenatalDiagnosis*, v. 30, p. 977-980, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.2600/abstract>>. Acesso em: 19 ago. 2012. DOI: 10.1002/pd.2600
- TACHIBANA, M. *Rabiscando desenho-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofrem aborto espontâneo*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.
- TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. 2011.
- VITALI, L. M. *'Flor-Rabisco' Narrativas Psicanalítica sobre uma Experiência Surpreendente*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In Winnicott, D.W. *Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *O brincar e a realidade*. (J.O.A. Abreu & V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- WOOL, C.; NORTHAM, S. The Perinatal Palliative Care Perceptions and Barriers Scale Instrument: development and validation. *Advances in Neonatal Care*, v. 11, n. 6, p. 397-403, Dec. 2011.

**O IMAGINÁRIO COLETIVO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O
PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

**Cristiane Helena Dias Simões
Miriam Tachibana
Tânia Maria José Aiello Vaisberg**

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de técnicos de enfermagem psiquiátrica sobre o paciente psiquiátrico. Justifica-se na medida em que as práticas de cuidado ocorrem por meio de interações muito próximas, que certamente provocam mobilizações afetivo-emocionais nos trabalhadores. Para tanto, foi realizada uma entrevista grupal com três profissionais de uma mesma equipe de uma instituição psiquiátrica, ao redor de um recurso mediador-dialógico, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, sobre o tema “um paciente psiquiátrico”. O conjunto de desenhos-estórias foi considerado segundo o método psicanalítico, permitindo a criação/encontro interpretativo de dois campos de sentido afetivo-emocional: “Quem é o louco de verdade?” e “Todos podem enlouquecer”. O quadro geral indica que, paradoxalmente, o coletivo sustenta um imaginário discriminatório e inclusivo. Observamos a necessidade de intervenções voltadas a esse grupo social, visando à transformação de imaginários conservadores e preconceituosos.

Palavras-chave: Trabalhador de saúde mental; Paciente psiquiátrico; Imaginário coletivo; Saúde mental; Psicanálise.

INTRODUÇÃO

O trabalho de cuidadores implica contato íntimo e direto com pessoas em situação de vulnerabilidade, o que mobiliza uma vasta gama de recursos emocionais em seu cotidiano de trabalho. Observamos, desse modo, que a atuação profissional não se

limita apenas à aplicação de conhecimentos técnicos, mas exige, também, um intercâmbio constante entre conhecimentos teóricos e dimensões afetivas.

Compreendemos, assim, a importância de estudos que explorem a dimensão afetiva presente na complexa função de cuidar do outro. Em nosso grupo de pesquisa, temos realizado investigações acerca do conjunto de ideias, emoções, imaginações e crenças que profissionais e futuros trabalhadores das áreas da saúde e educação produzem, acerca dos grupos sociais por eles sustentados (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2006; Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2007; Tachibana, 2011; Pontes, 2011; Gallo-Beluzzo, 2011, Simões, 2012). Apoiadas em Bleger (1963), temos denominado essas manifestações simbólicas de “imaginários coletivos”, entendendo-as como condutas que estariam interligadas às ações de indivíduos e coletivos sobre o mundo (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

No presente trabalho, objetivamos investigar o imaginário coletivo de técnicos de enfermagem psiquiátrica sobre o paciente psiquiátrico. Observamos em estudos brasileiros, voltados aos trabalhadores de saúde mental, que esses apresentam dificuldades para operacionalizar o tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, embora, em seus discursos, manifestem-se favoravelmente ao movimento (Campos e Soares, 2003; Bernardes e Guareschi, 2004; Rabelo e Torres, 2006; Nardi e Ramminger, 2007; Pinho, Hernández e Kantorski, 2010a; Santos e Cardoso, 2010a; Silveira e Santos Júnior, 2011; Guimarães *et al*, 2013).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A pesquisa foi realizada em uma instituição psiquiátrica que presta assistência hospitalar e ambulatorial, por meio de uma abordagem multiprofissional integrada, à pessoas com transtornos mentais de ambos os sexos. A equipe é composta por trabalhadores de diferentes formações - médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que se reúne semanalmente a fim de conduzir o tratamento de forma conjunta. A instituição é privada, atendendo pacientes predominantemente com seguros de saúde e particulares. Antecipadamente, marcamos uma entrevista, com

duração de duas horas e trinta minutos, numa manhã de sábado, com a equipe de enfermagem, composta por três profissionais, para que não houvesse nenhuma interferência negativa no cotidiano de atendimento da instituição.

Para investigarmos o imaginário coletivo dos técnicos de enfermagem psiquiátrica sobre o paciente psiquiátrico, utilizamos, como procedimento investigativo de configuração do acontecer clínico, uma “Entrevista Grupal para Abordagem de Pessoaalidade Coletiva” (Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008). Trata-se de um tipo de entrevista coletiva que se define pela reunião de pessoas que compartilham certas condições ou características (Duchesne & Haegel, 2008), e pelo fato de se articular ao redor do uso de recursos mediadores dialógicos, tendo em vista a investigação de um fenômeno de conduta em âmbito coletivo (Bleger, 1963).

No presente estudo, a entrevista grupal ocorreu em torno do Procedimento de Desenho-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999), elaborado a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1976). Trabalhamos, neste momento, usando, como tema, “um paciente psiquiátrico”.

Utilizamos, como procedimento de registro do acontecer clínico, as próprias produções dos entrevistados, de modo que os desenhos-estórias puderam ser trabalhos no contexto do grupo de pesquisa, em termos da concretização de um procedimento investigativo de interpretação do material clínico. Deste modo, os pesquisadores considerarampsicanaliticamente o conjunto de desenhos-estórias dos participantes. Uma forma bastante didática de descrever a maneira como se faz uma interpretação psicanalítica foi forjada por Herrmann (2001), quando resumiu a tarefa usando três palavras de ordem: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completara configuração de sentido”. A primeira consiste no cultivo da abertura característica da atenção flutuante, que permitirá que algo se sobressaia, para ser “tomado em consideração”. Finalmente, o pesquisador sensibilizado e afetado, por aquilo que se sobressai, no campo relacional e transferencial constelado, atribuirá um sentido à manifestação em pauta, em termos de “criar/encontrar” campos de sentidos afetivo-emocionais ou inconscientes relativos, que seriam o substrato a partir do qual emergem

as manifestações humanas. Desse modo, o método é colocado em marcha, exercendo sua função heurística.

Sob inspiração do pensamento winnicottiano, temos pensando as palavras de ordem de Herrmann (2001) como “criação/encontro” de campos de sentido afetivo-emocional, buscando, deste modo, chamar a atenção para o fato de que o ato interpretativo, por meio do qual os campos são produzidos, corresponde a uma criação que encontra algo na própria realidade fenomênica. Ou seja, nesta investigação, visamos alcançar uma compreensão emocional sobre o modo como a personalidade coletiva estudada se posiciona diante do paciente psiquiátrico, por meio de uma percepção perspectivada, mas não arbitrária, dos campos de sentido afetivo-emocional subjacentes às suas condutas.

OS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

Foram criados/encontrados dois campos de sentido afetivo-emocional. O primeiro campo, denominado de “Quem é o louco de verdade?”, é regido pela crença de que haveria dois tipos de pacientes, sendo um tipo, o psicótico, concebido como verdadeiramente digno de cuidado, enquanto outro tipo, o dependente químico, já seria visto como um falso paciente.

Para ilustrar esse campo, selecionamos dois desenhos-estórias. Um deles refere-se a um tipo de paciente, que apresentaria como principal sintoma a alteração de juízo, sendo enquadrado, pela classificação psiquiátrica, como psicótico:



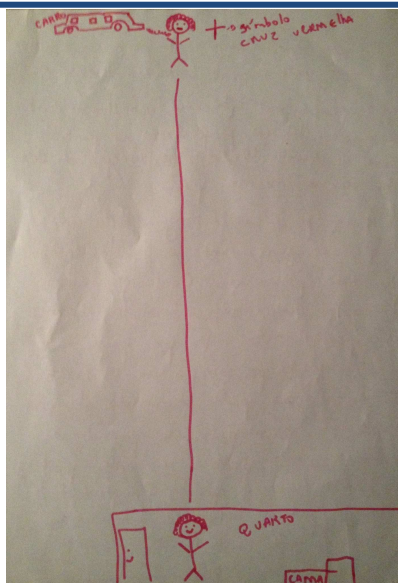
“Paciente João, chega a clinica para tratamento, chegou chorando muito e bastante desorganizado. Insistia em dizer que era um anjo e sua asa havia quebrado, estava com um dos braços caído. Me aproximei e perguntei se estava doendo muito; ele respondeu que sim. Então respondi que estava ali para ajudá-lo e que sua asa logo se colaria e ele iria ficar bem, ele sorriu para mim e caminhamos até a enfermaria, foi quando realmente fui entender que para aquele paciente ele acreditava que tinha asa e estava quebrada”.

A seguir, apresentamos outro desenho-estória, em que um outro tipo de paciente é apresentado, vale dizer, o dependente químico, considerado como um falso paciente.



“Dependência química. Destrói o ser HUMANO que usa, a família, a equipe de uma constituição, compor tratamento para com os outros. No meu ver aqui só é trocado o tipo de droga. Não vejo muito resultado para com os dependentes. Eles não querem tratamento. É para instituição somente lucros financeiros”.

O segundo campo de sentido afetivo-emocional criado/encontrado interpretativamente intitula-se “Todos podem enlouquecer” e articula-se ao redor da crença de que todos sofrem emocionalmente e podem enlouquecer, tornando-se um paciente psiquiátrico.



“O paciente que abordei encontra-se em 2 situações: como paciente na parte baixa do desenho e como profissional atuante, trabalhando dentro de uma instituição psiquiátrica na parte de cima do desenho. Os dois personagens do desenho são a mesma pessoa. A equipe de enfermagem lida com os 2 personagens e sabe a necessidade de cada personagem. Cada personagem tem suas necessidades atendidas sempre que possível. Às vezes por pressão e muitas vezes por compaixão. A melhora do quadro do paciente, demanda atenção especial, principalmente quando ele continua sendo paciente e se torna profissional. A enfermagem a partir daí perde todo o foco no paciente e luta pela sobrevivência, fazendo o paciente perder muito”.

CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS

A nosso ver, os campos de sentido afetivo-emocional que produzimos interpretativamente devem ser considerados como radicalmente divergentes, a despeito de serem simultaneamente habitados pelo coletivo estudado. Tal fato é compreendido quando nos lembramos de que a conduta humana pode ser contraditória, o que significa

que a mesma personalidade pode agir a partir de campos diferentes e até opostos (Bleger,1963).

Observamos que o campo “Quem é louco de verdade?”, ao qual estariam associadas produções imaginativas de psicóticos e de dependentes químicos, revela uma preocupação, por parte dos profissionais, em discriminar as pessoas que buscam auxílio nos equipamentos de saúde mental, não tanto com o intuito de estabelecer um psicodiagnóstico, mas, sim, com o objetivo de identificar quem seriam os pacientes “verdadeiros” que seriam dignos de cuidado e os “falsos” que não merecem tratamento. Enquanto os psicóticos teriam o seu sofrimento emocional reconhecido como genuíno, apresentando sintomas dos quais não teriam controle, os dependentes químicos já seriam concebidos como manipuladores e delinquentes, que teriam condições de controlar sua sintomatologia e que fariam uso da condição de psiquiatrizado para tirar vantagens. Notamos, desse modo, que, mergulhado nesse imaginário, o técnico de enfermagem psiquiátrica acaba adotando uma postura discriminatória, sendo inclusivo e acolhedor diante do paciente psicótico e relacionando-se de forma defendida com o paciente dependente químico, como os desenhos-estórias selecionados ilustram claramente.

Recentemente, num equipamento de saúde mental com profissionais de nível de formação superior, encontramos resultados convergentes com os achados do presente estudo (Simões, 2012). Tais trabalhadores diferenciaram claramente pacientes psicóticos como “verdadeiros” e dependentes químicos como “falsos”. Reconheciam, assim, a existência de sofrimento emocional na experiência de enlouquecimento, o que pode ser interpretado como indício da adoção de uma postura ética e inclusiva, mas apresentavam claros sentimentos contratransferenciais hostis e posturas ideologicamente conservadoras, numa linha de desconsideração das condições concretas de vida.

Apesar desse primeiro campo de sentido afetivo-emocional revelar um imaginário preconceituoso, que demanda a nossa atenção, observamos que o campo “Todos podem enlouquecer” já estaria, no extremo oposto, vinculado a um imaginário inclusivo, uma vez que não apenas não haveria uma distinção entre pacientes falsos e verdadeiros, mas, de forma mais ampla, entre pacientes psiquiátricos e “normais”. Assim, esse campo já

revelaria uma compreensão de que toda conduta, incluindo as manifestações sem sentido aparente, seriam pertencentes à vida humana.

Podemos pensar que o fato de termos criado/encontrado campos de sentido afetivo-emocional tão divergentes, associados paradoxalmente à posturas discriminatórias e inclusivas, estaria relacionado ao contexto em que vivemos, na área de saúde mental, vale dizer, o de tentativa de transformação de práticas excludentes em propostas de intervenção mais respeitadas. De fato, observamos, na literatura especializada, que são diversos os trabalhos, dentre os quais destacamos os de Rodrigues e Figueiredo (2003); Carvalho e Felli (2006); Jorge *et al* (2006); Honorato e Pinheiro (2008); Pinho, Hernández e Kantorski (2010b); Santos e Cardoso (2010b); Silva e Costa (2010); Villela, Maftum e Paes (2013), que, apesar de usarem diferentes referenciais teóricos e metodológicos, apontam uma duplicidade na experiência emocional de profissionais da área de saúde mental, que ora se identificam com a reforma psiquiátrica, ora reproduzem automaticamente práticas conservadoras.

Embora concordemos com esses estudos acerca da necessidade de intervenções junto ao grupo de profissionais da saúde mental, visando favorecer a transformação de condutas, entendemos, diferentemente deles, acerca dos tipos de trabalhos a serem feitos. Enquanto os autores desses estudos propõem intervenções de cunho informativo, amparados na crença de que o ser humano seria puramente racional e, como tal, se transformaria por meio de estratégias que apelassem ao seu intelecto, compreendemos que tais propostas devem voltar-se às dimensões afetivo-emocionais desses trabalhadores. Assim, encerramos esse estudo pontuando a necessidade da realização de enquadres clínicos voltados aos técnicos de enfermagem psiquiátrica, a serem realizados no próprio local de trabalho, onde possam entrar em contato profundo com suas crenças preconceituosas, sem o qual não seria possível transformá-las. Entendemos, desse modo, que devemos cuidar dos profissionais cuidadores, para que possam fazer os mesmos com os grupos por eles sustentados, tanto que, em nosso grupo de pesquisa, temos investigado a potencialidade mutativa de enquadres clínicos voltados aos profissionais cuidadores (Zia, Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2012; Granato & Aiello-Vaisberg, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura:transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L.M. (2008). Pesquisas psicanalíticas de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In Monzani, J. & Monzani, L.R. (Orgs.). *Olhar: Fábio Herrmann, uma viagem psicanalítica* (pp.311-324). São Carlos: editora Pedro e João editores.
- ÁVILA, C.M., TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18, 155-164.
- BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N.M.F. (2004). Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Psicologia USP*, 15 (3), 81-101.
- BLEGER, J. (1963). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), 621-628.
- CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 61-69.
- DUSCHELES, S.; HAEGEL, F. (2005). *L'Entretien Collectif*. Paris: Armand Collen.

- GALLO-BELLUZZO, S. R. (2011). *O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre o primeiro atendimento clínico: um estudo psicanalítico*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.
- GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). Consultorias terapêuticas: cuidando do profissional. In Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Ambrosio, F.F. e (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: o Brincar* (pp.75-80). São Paulo: IPUSP.
- GUIMARÃES, A. N; BORBA, L. O; LAROCCA, L. M.; MAFTUM, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto contexto – enfermagem*, 22 (2), 361-369.
- HERRMANN, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, 18 (2), 361-380.
- JORGE, M.S.B., RANDEMARK, N.F.R., QUEIROZ, M.V.O.; RUIZ, E.M. (2006). Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (6), 734-739.
- MENCARELLI, V.L.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007). Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. *Psicologia Clínica*, 19 (1), 93-107.
- NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (2), 265-267.
- PINHO, L.B., HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. (2010a). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface*, 14 (32), 103-113.
- PINHO, L.B., HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. (2010b). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc. Anna Nery*, 14 (2), 260-267.
-

- PONTES, M.L.S. (2011). *A hora H: o imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas- São Paulo.
- RABELO, I.V.M.; TORRES, A.R.R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 219-228.
- RODRIGUES, C.R; FIGUEIREDO, M.A.C. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos Psicologia*, 8 (1), 117-125.
- SANTOS, A.F.O.; CARDOSO, C.L. (2010a). Profissionais de Saúde Mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 3), 543-548.
- SANTOS, A.F.O.; CARDOSO, C.L. (2010b). Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 67-74.
- SILVA, E.A.; COSTA, I.I. (2010). O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 635-647.
- SILVEIRA, M.F.A.; SANTOS JÚNIOR, H.P.O. (2011). Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2089-2098.
- SIMÕES, C.H.D. (2012). Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. Tese do Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas- São Paulo.
- TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2006). O interior do cacto: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. In Aiello-Vaisberg, T.e Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: imaginários coletivos como mundo transicionais* (pp. 80-94). São Paulo: IPUSP.
- TACHIBANA, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.

- TRINCA, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- VILLELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. (2013). O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. *Texto contexto-enfermagem*, 22 (2), 397-406.
- ZIA, K.P., AMBROSIO, F.F.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2012). A arte do teatro espontâneo no atendimento psicoprofilático a professores envolvidos no processo de inclusão escolar. In Amarante, P.D. de C. & Campos, F.N. (Orgs.). *Saúde mental e artes práticas: saberes e debates* (pp.97-110). São Paulo: Zagodoni.

**PESQUISANDO SOFRIMENTOS SOCIAIS COM O MÉTODO PSICANALÍTICO:
CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS**

Fabiana Follador e Ambrosio

Rafael Aiello-Fernandes

Tânia Aiello-Vaisberg

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo propor definições conceituais que possam favorecer a realização de investigações empíricas, com método psicanalítico, sobre sofrimentos sociais. Insere-se oportunamente no contexto de uma considerável produção de pesquisas, que autorizam um aprofundamento deste tipo de reflexão. Defendendo um posicionamento teórico-metodológico, baseado nas formulações de Georges Politzer e José Bleger, focaliza e discute duas noções fundamentais, experiência e campo de sentido afetivo-emocional, a partir das quais a psicologia concreta pode trazer sua contribuição específica para o campo das ciências sociais.

Palavras-chave: sofrimentos sociais, experiência, campos de sentido afetivo-emocional, pesquisa qualitativa, método psicanalítico

O sistema neoliberal vigente na atualidade gera, nos países historicamente colonizados, a exclusão social de grandes contingentes populacionais, que sobrevivem em condições marcadas por precariedade laboral e social. Este quadro veio, mais recentemente, bater às portas das clínicas psicológicas institucionais, tanto no âmbito da saúde pública como naquele das clínicas-escola universitárias. Tal demanda se deve, provavelmente, a inúmeras mudanças sociais, que incluem tanto uma evidente piora das condições materiais, como um aumento da informação circulante. É certo que muitos continuam buscando as ajudas tradicionais junto às religiões institucionalizadas, como se

pode bem observar, por exemplo, pelos espaços que ocupam nas programações de rádio e televisão. Contudo, não há como negar que a perspectiva de obtenção de ajuda psicológica profissional está profundamente difundida entre a população brasileira. Assim, defrontamo-nos, como profissionais, com uma série de problemáticas vinculadas a experiências de humilhação, injustiça e desamparo, que podem ser consideradas como sofrimentos sociais (Renault,2008; Carvalho,2008; Carreteiro,2003; Kleinman, Das e Lock,1997).

Temos trilhado um percurso comprometido com o atendimento a camadas da população usualmente excluídas dos benefícios que os avanços do conhecimento psicanalítico pode oferecer. Investigamos, há alguns anos, a eficácia de dispositivos clínicos diferenciados do enquadre padrão proposto por Freud (Aiello-Vaisberg,2004). Vale lembrar que tal modalidade surgiu historicamente como prática psicoterapêutica, visando o atendimento individual de pessoas diagnosticadas como neuróticas, numa perspectiva que considerava o sofrimento psicológico como questão psíquica de caráter “interno” e descolado das condições concretas de vida.

Na tentativa de desenvolver intervenções que pudessem ser mais consonantes com as condições sociais, econômicas e culturais encontradas na realidade brasileira, bem como mais coerentes com a psicologia concreta, voltamo-nos ao desenvolvimento de enquadres clínicos diferenciados, mas fundamentados no uso do método psicanalítico e, uma vez que concordamos com a visão de Bleger acerca da importância da prevenção psicológica (Bleger, 1966), buscamos também fundamentar propostas psicoprofiláticas com o intuito de possibilitar a prevenção do sofrimento emocional. Certamente, a motivação norteadora desta iniciava foi a mesma que nos vem impulsionando a desenvolver trabalhos nos quais temos abordado psicanaliticamente imaginários coletivos sobre grupos sociais vítimas de discriminação e exclusão social, contribuindo, dessa forma, com inclusão social, incrementando a transformação dos imaginários coletivos abordados, a partir de conhecimento psicanaliticamente construído²⁴.

²⁴ Como exemplos desses estudos sobre imaginários, podemos citar: Couto, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007; Barreto e Aiello-Vaisberg, 2007; Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Pontes et al, 2008; Russo, Couto e Aiello-Vaisberg, 2009; Martins e Aiello-Vaisberg, 2009;2010; Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2010; Fialho et al, 2012; Granato e Aiello-Vaisberg, 2013.

Sendo assim, para permitir o desenrolar de tais estudos, foi criado um espaço de atendimento e pesquisas, na Universidade de São Paulo, conhecido como “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

Fundamentalmente, temos sido guiados, em termos epistemológicos e metodológicos, pelas exigências de uma psicologia concreta, tal como foi proposta por Politzer (1928) e aprofundada e discutida, na América Latina, por Bleger (1958;1963). Tais formulações, que dialogam criticamente com o saber psicanalítico clássico, ao mesmo tempo que preservam seu aspecto metodológico, repudiam algumas de suas construções abstratas, especulativas e distanciadas do acontecer humano, guardando inegável vitalidade e atualidade. Foi precisamente esta busca por uma psicologia que estabeleceu, como seu foco, a abordagem das chamadas condutas dramáticas, o que nos motivou aproveitar os estudos metodológicos decisivos de Herrmann (1979), que permitem defender o método psicanalítico como alternativa promissora no campo das pesquisas qualitativas, bem como estabelecer uma próxima e constante interlocução com o pensamento winnicottiano, tanto pelo seu estilo de teorização, como em virtude de seu reconhecimento acerca da primazia do método sobre a doutrina (Winnicott, 1967).

Impulsionados pelo interesse relativo ao fenômeno do racismo, trazido por pesquisadores que passaram a integrar nossos grupos de pesquisa²⁵ mais recentemente, acabamos por incrementar o quadro de autores que nos servem de interlocutores, passando a dialogar com textos sociológicos, antropológicos e filosóficos, com o intuito de nos aproximarmos do pensamento pós-colonial, especialmente nas vertentes desenvolvidas por Fanon (1952;1961) e Maldonado-Torres (2008). Cabe aqui destacar, pelo vivo interesse que desperta, a obra do filósofo político Emmanuel Renault (2004;2008). Este autor focaliza a questão do sofrimento social, transitando com desenvoltura por diferentes contribuições teóricas oriundas de diferentes campos do saber, desde o pensamento pós-colonial até a psicanálise, passando pelo estudo rigoroso de autores como Hegel, Marx, Habermas e Foucault. A riqueza de seu pensamento certamente justifica tomá-lo, neste momento, como um interlocutor respeitável.

²⁵ Referimo-nos aqui ao Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”.

No vasto panorama das ciências sociais críticas, muitos autores vem demandando a contribuição de pesquisadores da área da psicologia, corretamente considerados como satisfatoriamente preparados para o estudo de experiências de sofrimentos sociais, que trazem, em seu bojo, questões de desigualdade, injustiça, humilhação e desamparo. Trata-se de um tipo específico de trabalho, que se faz pela via de estudos qualitativos rigorosos, de caráter empírico, que evitam, de modo bastante preciso, todo reducionismo explicativo em termos biologizantes—já que tal concepção tenderia ao alinhamento com uma psiquiatrização organicista - ou em termos estritamente psicológicos, no sentido dos enganos identificados pela psicologia concreta como mitos do homem natural, do homem isolado e do homem abstrato (Bleger,1963). Caberia, portanto, à pesquisa psicológica, uma participação específica em um debate amplo que convoca todas as ciências humanas, rompendo até certo ponto com certas fronteiras disciplinares. *Etatdémarche* harmoniza-se admiravelmente com o estudo da dramática do viver humano, tal como deve ser desenvolvida quando se tem em mente a observação das exigências crítico-propositivas de Politzer (1928) e Bleger (1958;1963).

Não se pode afirmar que a conceituação dos chamados “sofrimentos sociais” seja absolutamente recente no campo das ciências sociais. Autores como Bourdieu (1993), Desjours (1993;2000) ou Kleinman, Das e Lock (1997), entre outros, apresentaram suas contribuições, já consideradas marcos teóricos nas ciências sociais. Contudo, notamos que as pesquisas neste campo encontram-se em pleno vigor e destacamos a produção de Renault (2004;2008), compreendendo-a como fundamental e valorizando o cultivo de um diálogo persistente com suas colocações. Há também que destacar a importância e vitalidade das contribuições tanto de Fanon (1952; 1961), no campo de estudos sobre o racismo, quanto de Das(2007), na consideração dos sofrimentos das mulheres.

Diante deste quadro, optamos, recentemente, por focar nossas investigações no estudo da experiência de afrodescendentes, de mulheres e de adolescentes em situação de precariedade social. Correspondem a pesquisas de caráter compreensivo, que pretendem tanto trazer subsídios para o aprimoramento das práticas psicológicas —e, em decorrência, trazer benefícios concretos para o viver de tais grupos sociais -, como contribuir para o debate científico e político sobre os sofrimentos sociais. Nossa perspectiva, acorde ao pensamento de Renault (2008), não é a da psicologização do

social, tão sabiamente temida por intelectuais foucaultianos e outros, e sim a da politização do psicológico, que, segundo cremos, definirá de modo acertado as bases de problemas humanos que clamam por transformações profundas das condições concretas da vida social.

PESQUISA QUALITATIVA PSICANALÍTICA

Consideramos fundamental a distinção freudiana entre três diferentes sentidos que o termo psicanálise pode assumir (Laplanche e Pontalis, 1967):

Como método investigativo, que pode servir tanto para produzir conhecimentos psicopatológicos como para compreender fenômenos sociais e culturais,
Como teorias derivadas do uso do método e, finalmente,
Como procedimento de tratamento.

Como bem demonstrou Herrmann (1979), estes três diferentes sentidos implicam o reconhecimento de que o registro metodológico é logicamente anterior aos demais, na medida em que tanto as teorias como os procedimentos clínicos derivam do bom uso do método.

Desde os tempos inaugurais da psicanálise, até os dias de hoje, o método, operacionalizado como procedimento clínico padrão, tem sido usado para atendimento de certos tipos de sofrimentos emocionais. Pensar que o primeiro procedimento clínico, aquele que substituiu o uso da hipnose, corresponde à única forma pela qual o método pode se concretizar corresponde, a nosso ver, a um grave equívoco, para o qual Herrmann (1979)apontou de modo muito preciso. Na verdade, o método tanto origina diferentes procedimentos investigativos e clínicos, voltados a diferentes condições psicopatológicas, como também permite a produção de material a partir do qual diferentes teorias podem ser formuladas.

Em seu conjunto, a obra freudiana é um eloquente argumento que comprova que o método pode ser usado: 1) para forjar procedimentos terapêuticos – sendo que o enquadre clássico já é descrito, desde sempre, como adequado para o tratamento individual de patologias neuróticas; 2) para propor teorias compreensivas sobre as condutas humanas – das mais triviais às mais aparentemente absurdas e bizarras e 3) para investigar e compreender fenômenos sociais e culturais.

Pode-se manter fidelidade ao método enquanto novos procedimentos para uso clínicos e/ou investigativos são criados, o que, evidentemente, poderá se concretizar por meio de propostas testadas na prática, em busca de seu poder heurístico e gerador de benefícios. Na verdade, são inúmeras as modalidades de procedimentos por meio dos quais o método pode ser operacionalizado, no plano concreto.

Temos desenvolvido, a partir das indicações metodológicas de Bleger (1963) e também levando em conta as contribuições de Herrmann (1979), um modo particular de operacionalização do método psicanalítico, que se faz por meio do uso de alguns conceitos fundamentais e da distinção entre três tipos de procedimentos investigativos:

Procedimentos de configuração do encontro com os participantes,

Procedimentos de registro das comunicações e

Procedimentos de interpretações psicanalíticas, vale dizer, da produção compreensiva de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos, ou seja, de um inconsciente sempre relativo a determinadas manifestações de conduta²⁶ (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008).

Nossas pesquisas, até o momento, desenvolvem-se ao redor de dois conceitos fundamentais: *imaginários coletivos* e *campos de sentido afetivo-emocional*. Mais recentemente, um novo conceito passou a ser usado explicitamente – *experiência* -, mas, como veremos, sempre esteve presente na própria definição do que entendemos como “psicologia concreta”, embora de modo implícito.

²⁶ Nesta linha de pensamento, as manifestações dramáticas da conduta, de indivíduos e coletivos, não são consideradas como exteriorização de fenômenos internos, de caráter endopsíquico, mas como emergentes de campos intersubjetivos, vinculares, que se constelam em contextos concretos de caráter social, econômico, geopolítico, cultural e histórico.

Para melhor definir os conceitos com que operamos, devemos retomar nosso ponto de partida, que consiste, precisamente, na adoção de uma perspectiva concreta, tal como preconizada por Politzer (1928) e detalhada por Bleger (1958;1963), como já mencionamos. Tal detalhamento fundamenta-se na consideração de que todas as ciências humanas compartilham um mesmo e único “objeto” de estudo, o ser humano. As manifestações e atos humanos, ocorram como atividade psíquica, como expressões corporais ou como ações sobre o mundo externo, em âmbitos individuais ou coletivos, são objeto de várias diferentes disciplinas, que se diferenciarão, entre si, em função dos aspectos selecionados, tomados em consideração:

Podemos decir que la psicología estudia los seres humanos, pero que indudablemente esto no queda configurado ni delimitado con exactitud su campo de operación, porque muchas otras ciencias se ocupan del hombre y lo enfocan como objeto de estudio (historia, antropología, filosofía, sociología, etcétera). Si, de acuerdo con esto, la psicología tiene un objeto de estudio en común con muchas otras disciplinas, la identidad de cada una de éstas y la respectiva delimitación de las mismas sólo pueden hacerse a través de dos caminos: considerar que cada una de ellas toma una parte del objeto para su estudio, o bien que cada una de ellas enfoca de una manera exclusiva y privativa el mismo fenómeno, enfoque exclusivo que corresponde a un grupo, clase o nivel de cualidades del objeto. Creemos que, en términos generales, el primer criterio ha prevalecido en la historia de la psicología, mientras que el segundo es el que desarrollaremos aquí y que no debe ser confundido con la posición que explica y admite solamente la existencia de ‘puntos de vista’ distintos para el mismo suceso o cualidad. (Bleger, 1963, p.15).

A nosso ver, é fundamental notar que, desde tal perspectiva, a psicologia não se define como estudo da mente, da alma, da psique, nem da consciência, mas sim como *estudo dos seres humanos reais e concretos* ou, como defende Politzer, da “*vida dramática do homem*”²⁷ (1928, p. 43). Nesse panorama epistemológico, não se poderia

²⁷ Ao propor o termo “drama”, Politzer enfatiza: “Essa vida dramática apresenta todas as características que tornam uma área suscetível de ser estudada cientificamente. Mesmo que não existisse psicologia, é em nome dessa possibilidade que ela deveria ser inventada.” (Politzer, 1928, p. 43).

admitir a existência coisificada da alma, da mente, da psique ou da consciência – o que, diga-se de passagem, é bastante diferente de reconhecer a ocorrência de fenômenos psíquicos, mentais, conscientes ou não-conscientes, pois:

... el atributo no deve ser transformado ensujetoniensustância. (Bleger,1963, p. 16).

Dessa forma, a psicologia afirmaria sua singularidade perante as demais ciências, exatamente por abordar as manifestações humanas - de indivíduos ou grupos - em termos de seus sentidos ou significados afetivo-emocionais, vale dizer, como eventos dramáticos e vinculares. Nessa perspectiva, um mesmo gesto humano pode ser considerado sob diversos prismas, gerando significados também distintos: culturais, sociais, econômicos, históricos.

A EXPERIÊNCIA E O CAMPO DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

Quando nos dedicamos ao estudo dos atos e manifestações humanas desde o ponto de vista psicológico, focalizamos o acontecer humano a partir de um enquadre dramático de estudo (Bleger, 1963):

Significa realizar el estudio de la conducta en términos de experiencia, de acontecer o de suceso humano. (Bleger,1963,p.124).

Assim, recorrendo novamente às contribuições politzerianas, para afirmar que a psicologia deve voltar-se ao estudo da *vida no sentido dramático do termo*, ou seja, do acontecer humano experimentado como fenômeno afetivo e vincular, encontramos necessidade de compreender a ciência operacionalizada *em primeira pessoa*, passando, portanto, a considerar a experiência emocional dos envolvidos:

Ou se renuncia à psicologia ou se abandona o método da terceira pessoa quando se estudam fatos psicológicos. (Poltzer, 1928, p. 64).

Ao trabalharmos alinhados à psicologia concreta, estudamos, precisamente, a *experiência* vivenciada por pessoalidades individuais ou coletivas. Desse modo, a experiência, compreendida como conduta, emergirá a partir de campos relacionais, podendo, portanto, ser definida como modos de habitar, dramaticamente, mundos ou ambientes “psicológicos” humanamente produzidos – não se tratando de fenômenos “internos” e descolados das condições materiais em que a vida transcorre.

É fundamental destacar que, ao abordarmos a experiência afetivo-emocional, tratamos de uma *dimensão* dos atos e manifestações humanas. Tal dimensão corresponde, exatamente, à faceta do fenômeno humano de cujo estudo se encarrega a psicologia como ciência. Logicamente, as demais ciências humanas ocupar-se-ão de outras dimensões, qualidades, facetas ou características da conduta (Bleger,1963).

Ao admitir que os campos psicológicos, também denominados campos de sentido afetivo-emocional, são humanamente produzidos, reconhecemos que ganham forma a partir de atos puramente humanos, sejam estes simbólicos, corporais ou atuações diretas na realidade compartilhada (Bleger,1963). Ou seja, não derivam da interferência de forças impessoais nem sobrenaturais, permanecendo como fenômenos essencialmente humanos.

Cabe, contudo, lembrar que, evidentemente, os atos humanos criam campos psicológicos, ambientes afetivo-emocionais *enquanto* produzem, também, por meio do trabalho, os meios de subsistência e a cultura:

El hombre es el único de los seres vivos que puedepensarse a sí mismo como objeto, utilizar el pensamiento, concebir símbolos unversales, crear u lenguaje, prever y planificar suacción, utilizar instrumentos y técnicas que moficiansupropria naturaliza. Aun formando parte de la naturaliza, puedeen certa medida ser independiente de ella. Todo esto está enestrecharelación com suposibilidad – distinta de la de todos losanimales – de producir sus medios de substência. (Bleger, 1963, p.22).

Percebemos, assim, que a definição de *experiência*, como *dimensão dramática da conduta de seres humanos*, não pode ser enunciada sem que, simultaneamente, estabeleçamos nossa *compreensão* acerca dos campos de sentido afetivo-emocional. Estes campos são produzidos por atos humanos – condutas – e é a partir deles que

novas condutas emergem. Insistimos, então, no fato de que se tratam de conceitos solidários, que não podem ser definidos de modo independente, sendo que sua interdependência deriva do fato de serem, ambos, atos ou frutos de atos humanos.

Ora, o aspecto fundamental da definição blegeriana de conduta reside no reconhecimento de que não existe manifestação humana desprovida de sentido, o que, aliás, corresponde ao pressuposto fundamental a partir do qual o método psicanalítico pode ser concebido. Segundo tal pressuposto, todas as manifestações humanas, mesmo as mais bizarras, cruéis ou aparentemente absurdas, estão dotadas de sentido, na medida em que se relacionam com a vida humana, compreendida como dramática (Politzer, 1928). Seu sentido pode não ser compreendido imediatamente, mas isso não significa, de modo algum, que inexistam. Vemos aqui a marcada e irreduzível diferença existente entre a psicanálise e a psiquiatria clássica, na medida em que esta última organizou-se a partir da definição do seu objeto de estudo, a loucura, como fenômeno impossível de ser compreendido pelo observador (Bercherie, 1980). Neste sentido preciso, o método psicanalítico é um caminho que nega a loucura inventada pela psiquiatria clássica, para aí ver sofrimento e sentido. Diz Bleger (1963):

Hemos de emplear como sinônimos los términos sentido y significado, y os referimos con ellos a la relación que tiene siempre la conducta con la vida y la personalidad total del sujeto y con una situación dada; pero lo que mejor califica el sentido es el hecho de que toda conducta es un suceso o acontecer humano, y damos el significado de la conducta cuando la referimos en términos de acontecer humano [...] Excluimos terminantemente el supuesto de que una característica del sentido de la conducta sea el hecho de que haya intención de comunicar o significar algo. Sentido no implica intención ni voluntad. (Bleger, 1963, p.98).

Prossegue, ainda, esclarecendo:

Toda conducta tiene sentido cuando la relacionamos con la vida del sujeto en las situaciones concretas en que dicha conducta se manifiesta: un movimiento de los brazos deja de ser solamente un movimiento y pasa a ser suceso humano – conducta molar – cuando conocemos su sentido: rechazo, acercamiento, saludo, etc.. Toda

larelación humana y toda la vida del ser humano son significativas, pero, por ser unhechotan habitual, no distinguimos con suficiente claridade cuándo describimos y cuándo interpretamos, de tal manera que percibimos diretamente el significado de una conducta quando la describimos. Y es que todo lo que el ser humano tiene como experiencia, posue diretamente una organización, um sentido. (Bleger, 1963, p.98).

Notamos que Bleger indica a necessidade de trabalharmos com o conceito de experiência, caso se esteja em consonância com uma psicologia concreta, atendendo às suas exigências epistemológicas.

Uma vez que consideramos o pressuposto de que *toda conduta humana é dotada de sentido*, naturalmente situamos o conceito de experiência em um patamar fundamental. Em se tratando de uma conduta cujo sentido não tenha sido apreendido pelo observador, ou que este a considere absurda, ou ainda que não coincida com as intenções conscientes da pessoa que age²⁸, não se pode ignorar que *o modo como o acontecer humano é percebido, sentido e pensado pela pessoa* – sua experiência – corresponde a um aspecto fenomênico fundamental.

Estudar a experiência emocional humana consiste, pois, em tratar de produzir conhecimento sobre a dramática de vida dos participantes, *a partir de seu próprio ponto de vista*²⁹ (Poltzer, 1928).

Ao declararmos alinhamento à psicologia concreta, necessitamos contemplar a realização de suas exigências epistemológicas, para podermos realizar estudos coerentes e rigorosamente embasados. Nesse sentido, compreendemos que o conceito de experiência aparece como ideia central, uma vez que assumimos a psicologia como ciência voltada à produção de conhecimento sobre a experiência emocional (Ambrosio, 2013).

No contexto da pesquisa sobre sofrimentos sociais, este será sempre o nosso ponto de partida, porque somente respeitando a percepção e a experiência dos

²⁸ Vale lembrar que, ao usarmos o termo “pessoa”, estamos nos referindo tanto ao âmbito da expressão individual quanto coletiva.

²⁹ Winnicott (1945) defende a tese de que um importante processo de desenvolvimento antecede a capacidade do bebê existir como pessoa desde seu ponto de vista e, conseqüentemente, poder perceber os demais como pessoa. A seu ver, são as falhas neste processo aquilo que esclarece a psicopatologia da psicose.

envolvidos, poderemos contribuir para tornar possíveis transformações consistentes da realidade social.

Como se vê, tal perspectiva, baseada na contribuição de Politzer³⁰ (1928), presta-se a uma articulação coerente entre registros subjetivos e sociais, no âmbito da produção psicanalítica de conhecimento.

Destaquemos, talvez por excesso de zelo, que ao dizer que, na vida corrente, tudo aquilo que o ser humano vive apresenta-se como captação direta e imediata de sentido – equivocado ou correto, deste ou daquele ponto de vista, isso aqui é absolutamente secundário – exige, se estamos interessados em desenvolver uma psicologia concreta, que possamos manejar com desenvoltura o conceito de experiência.

Finalizamos lembrando que o campo da psicologia concreta resultou da percepção admirada de Politzer (1928) de que, com a Interpretação dos Sonhos, Freud (1900) inaugurava uma nova ciência, justamente porque descobria um caminho de produção de um tipo específico de conhecimento, aquele que unia um ato humano – no caso a produção de experiências oníricas – com a história da vida em primeira pessoa. Nem pura visitação dos deuses, nem mera desorganização neuronal, viu os sonhos e sua narrativa como expressão da dramática do viver. A ciência que aí surgia trataria de assuntos humanos em termos humanos, firmando-se como campo de saber que pode auxiliar indivíduos e coletivos a se relacionarem afetivo-emocionalmente melhor com os demais e consigo mesmos, a partir da materialidade de seus corpos, em um mundo material. Daria, pois, origem, a conhecimentos que se completam com outros saberes, provenientes de outras ciências humanas, da filosofia, da arte e do viver cotidiano. Afirma-se, deste modo, a psicologia concreta como uma entre outras vias por meio das quais se pode caminhar em busca de uma vida melhor.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J.; Monzani, L.R.. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.

³⁰ Segundo Renault (2008), o pensamento crítico de Politzer merece ser reconhecido como aporte pioneiro e fundamental na constituição do campo de estudos do sofrimento social.

- AMBROSIO, F. F. (2013). O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013. 114p.
- ÁVILA, C.F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência?. *Paidéia*, 18 (39), 155-164.
- BARCELOS, T.F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática* 12 (1), 85-96.
- BARRETO, M.A.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista* 16 (2), 310-329, 2007.
- BERCHERIE, P. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Brussels, Navarin, 1980
- BLEGER, J. (1958) *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1988.
- BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- BLEGER, J. (1966) *Psicohigiene y Psicologia Institucional*. Buenos Aires, Paidós, 1966. (1ª ed.).
- BOURDIEU, P. La Misere du Monde. Paris, Seuil, 1993.
- CABREIRA, J.C.; PONTES, M.L.S.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. Trabalho apresentado na I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Recuperado em 26/04/2013 <http://serfazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e-Fenomenologia.pdf>.
- COUTO, T.H.A.M., TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. A Mãe, o Filho e a Síndrome de Down. *Paidéia*, 17(37), 265-272, 2007.

- DAS, V. *Life and words - violence and the descent into the ordinary*. Los Angeles, University of California Press, 2007.
- DESJOURS, C. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil, 2000.
- DESJOURS, C. *Psychopathologie du travail*. Paris, E.S.F. Editeur, 1993.
- FANON, F. (1952) *Peau noire, masques blancs*. Paris, Du Seuil, 1971.
- FANON, F. (1961) *Les damnés de la terre*. Paris, La Découverte, 2002.
- FREUD, F. (1900) *La interpretación de los sueños*. Obras Completas. Trad. Jose Luis López Ballesteros y de Torres. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
- FIALHO, A. A.; FERNANDES, R.A.; MONTEZI, A. V.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2012). O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar. In *Proceedings of the 1st. Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros Anais do Primeiro Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros*, 2012, São Paulo (SP) [online]. 2012 [cited 28 April 2013]. Available from:
<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000132012000100002&lng=en&nrm=iso>.
- GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG T.M.J. Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (1), 17-36, 2013.
- HERRMANN, F. (1979) *O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- KLEINMAN, A. DAAS, V; LOCK, M. *Social suffering*. Los Angeles. University of California Press, 1997.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

- MALDONADO-TORRES, N. A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. *Revista Critica de Ciências Sociais*, v,80, p.71-114, 2008.
- MARTINS, P.C.R.; VAISBERG, T.M.J.A. (2009). Dificuldadessexuaismasculinas e ImaginárioColetivo de universitários: um estudopsicanalítico. *Barbarói*, 31 (2), 18-35.
- MARTINS, P.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. “Será que ele é?” Imaginário coletivo sobre homossexualidade. *Perspectiva* (Erexim), v.33, p.43-52, 2010.
- MARTINS, P.C.R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Dificuldadessexuaismasculinas e imagináriocoletivo de universitários: um estudopsicanalítico. *Barbarói*, v.31, n.2, p.19-35, 2009.
- POLITZER, G. (1928) *Critica de losfundamentos de la psicologia*. México, Martinez Roca, 1972.
- PONTES. M.L.S.; CABREIRA, J.C.; FERREIRA, M.C.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). Adoção e exclusãoinsidiosa: o imaginário de professoresobre a criançaadotiva. *PsicologiaemEstudo*, 13(3), 495-502.
- RENAULT, E. (2004) *L’Expérience de l’injustice. Reconnaissance et clinique de l’injustice*. Paris, La Découverte, Kindle, 2013.
- RENAULT, E. *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*. Paris, La Découverte, 2008.
- RUSSO, R.C.T., COUTO, T.H.A.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21 (2), 250-255, 2009.

**CONVIVIALIDADE E DISCRIMINAÇÃO: LEMBRANÇAS DE UM IDOSO SOBRE FESTAS
DE JUVENTUDE**

Lia Raquel Posi

Rafael Aiello-Fernandes

Tânia Aiello-Vaisberg

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RESUMO

Este é um estudo preliminar e exploratório, que objetivou estudar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre o fenômeno da discriminação social. Insere-se num conjunto de estudos sobre sofrimentos sociais e experiências de injustiça, humilhação e desamparo, que focalizam problemáticas tais como o racismo e a discriminação de vários grupos pertencentes a grupos sociais subalternos. Como pesquisa psicanalítica empírica, organiza-se em termos do uso de procedimentos investigativos de configuração, registro e interpretação do acontecer clínico. Configuramos o encontro, com uma participante, que compartilha a condição de idosa, segundo um enquadre investigativo conhecido como “Entrevista individual para abordagem de personalidade coletiva”, que se articula ao redor do uso de mediadores dialógicos de caráter transicional. Solicitamos que nos contasse lembranças sobre “festas da juventude”. Como procedimento de registro, elaboramos narrativas transferenciais, de memória, após a entrevista. Consideramos as narrativas tendo em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Tal procedimento permitiu a “criação/encontro” do campo: “coisas para quem pode”, que se define pela crença de que existem dois tipos de festas, inclusivas ou segregadoras. Na comunidade rural prevaleceria a modalidade comunitária, de que todos participam, enquanto no mundo urbano os encontros festivos congregariam alguns para segregar

muitos. Tal achado suscita reflexões no sentido da constatação de que a estruturação social, predominantemente fundada na produção de desigualdades, reflete-se nas práticas cotidianas, provocando tanto experiências de sofrimento dos excluídos como a constelação, entre os incluídos, de condutas marcadas pela indiferença, pela ironia e por formas mais ou menos sutis de perversidade social.

Palavras-chave: imaginário coletivo, discriminação, sofrimentos sociais, pesquisa qualitativa, método psicanalítico

A EXCLUSÃO SOCIAL

Este estudo faz parte de um conjunto de pesquisas sobre sofrimentos sociais e experiências de injustiça, humilhação e desamparo, que focalizam problemáticas tais como o racismo e a discriminação de vários grupos pertencentes a grupos sociais subalternos³¹.

Configura-se como um estudo preliminar e exploratório, que objetivou estudar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre o fenômeno da discriminação social.

A exclusão social é considerada por muitos estudiosos como uma das manifestações mais violentas contra indivíduos na sociedade contemporânea, por produzir a carência de qualquer horizonte de perspectivas e uma “privação de poder de ação e representação” (Tavares e Menandro, 2004).

³¹ Pesquisas realizadas pelo grupo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, na linha de “Prevenção e Intervenção Psicológicas em Instituições” e pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Psicologia Clínica Social ‘Ser e Fazer’ da Universidade de São Paulo.

Reflexões psicanalíticas sobre a humilhação social enfatizam também o sofrimento emocional do agressor (Sirota, 2008). O ato de humilhar ou desvalorizar um indivíduo ou um grupo pode ser compreendido como um recurso defensivo contra afetos dolorosos, provenientes de experiências precoces de humilhação social vividas no grupo familiar.

Sirota (2008) classifica condutas semelhantes às mencionadas acima como exemplos de uma perversão psicossocial. Tal denominação não atribui ao praticante características de uma personalidade perversa, mas pode indicar a reprodução de experiências próprias de humilhação ou um funcionamento cultural aprendido.

Como sabemos, desde meados do século XIX, os movimentos sociais que reivindicam igualdade e inclusão social, como o de mulheres, negros, homossexuais e outros, vêm ganhando força e visibilidade social na luta contra práticas discriminatórias, por necessidades específicas e pela universalização dos direitos humanos. Condição esta que se apresenta como um grande desafio social, político e científico para a contemporaneidade, visto que o aperfeiçoamento do capitalismo e da dominação têm contribuído para excluir multidões cada vez maiores das condições dignas de existência, gerando violência e consumismo em patamares que têm ameaçado a vida em todas as suas dimensões.

A exclusão social configura-se como condição repudiada política e eticamente, gerando intenso sofrimento social e emocional aos que se encontram submetidos a ela. A 3ª Conferência da ONU contra o Racismo, a Discriminação, a Xenofobia e a Intolerância Correlata, realizada em 2001, em Durban, despertou a atenção mundial e do Brasil para a implementação de políticas de ações afirmativas às populações atingidas por essas causas, como o sistema de cotas nas universidades e concursos públicos para a população de baixa renda, afro-descendentes e indígenas.

A condição de exclusão é geradora de violência, sofrimento e loucura. (Moreira, Vilhena, Cruz e Novaes; 2009). Em sociedades extremamente desiguais, nas quais grandes parcelas da população são impossibilitadas de desfrutarem das condições reais de cidadania, como é o caso da brasileira, o combate a todas as formas de discriminação é fundamental para o desenvolvimento, segurança e sobrevivência de toda a sociedade.

O PERCURSO INVESTIGATIVO

Nossa perspectiva epistemológica baseia-se na concepção herrmaniana de que a dimensão metodológica da psicanálise tem primazia sobre a doutrinária e a terapêutica (Aiello-Fernandes, Ambrosio, Aiello-Vaisberg, 2012). Portanto, utilizamos o método psicanalítico tanto para o acolhimento das comunicações dos participantes, quanto para seu registro e respectiva análise, a partir do reconhecimento de sua expressiva potencialidade heurística.

Como pesquisa qualitativa empírica, realizada com método psicanalítico, distinguimos, para efeitos de facilitar a comunicação com pesquisadores qualitativos, que eventualmente não utilizam o método psicanalítico, três tipos de procedimentos investigativos relativos à configuração, registro e interpretação dos encontros realizados.

No presente caso, realizamos uma entrevista psicanalítica individual com uma idosa, segundo os delineamentos do quadro denominado “Entrevista individual para abordagem de personalidades coletivas”, como procedimento investigativo de configuração do acontecer clínico. Esta recebeu aqui nome fictício. Uma senhora branca, de 74 anos, denominada Maria³², proveniente de uma família economicamente desfavorecida e que hoje trabalha como costureira.

O procedimento investigativo de registro se realizou por meio de narrativa transferencial elaborada após cada encontro, de memória. (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron, Beaune, 2009). Este tipo de registro visa valorizar não apenas o que foi dito pelos participantes, como também as ressonâncias contratransferenciais que suscita nos pesquisadores (Devereux, 1967).

Finalmente, no que se refere aos procedimentos interpretativos, aqui utilizados, vale esclarecer que temos operacionalizado o método psicanalítico à luz da observação das “palavras de ordem” de Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido”. Coerentes com esta visão, de acordo com a qual o inconsciente não existe na interioridade individual, mas é sempre *relativo* a um determinado acontecer humano, temos entendido o ato interpretativo como “criação/encontro” do que temos denominado, em nossas pesquisas, “campos de sentido afetivo-emocional”.

³² Este nome é fictício.

CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

Criamos/encontramos um campo de sentido afetivo-emocional a partir da leitura da narrativa transferencial que denominamos de “coisas para quem pode”. Esse campo organiza-se através da crença na discriminação racial e econômica, na crença de que existem festas e ambientes segregadores, que só podem ser frequentados por pessoas de alto poder aquisitivo e brancas, dos quais pessoas negras e/ou pobres não devem participar. Tal concepção assemelha-se com a sociedade brasileira, cuja estrutura social está organizada em torno de grande desigualdade social.

Uma vez que as narrativas transferenciais são relativamente pequenas, vale a pena transcrevê-las, possibilitando uma visão clara e concreta daquilo que os entrevistados comunicam.

NARRATIVA DO ACONTECER CLÍNICO:

A ENTREVISTA COM A SENHORA MARIA

A senhora Maria nasceu em uma cidade do interior do Estado de São Paulo em 1937. Viveu na área rural da cidade até os 23 anos. Conta que teve uma infância pobre e difícil. Moravam em uma casa de pau a pique, com chão de terra. Era a mais velha de cinco filhos e apenas quando completou dez anos pôde conhecer a escola. Nesse ano, porém, seu pai adoeceu. Ficou impossibilitado de sair da cama e, portanto, de trabalhar durante dois anos. A senhora Maria teve, então, que deixar a escola para cuidar de seus quatro irmãos e de seu pai, enquanto sua mãe ganhava o sustento da família na roça. “A minha vida foi assim: trabalhar, trabalhar, trabalhar!”, afirma a senhora Maria. No período em que morou na área rural, a entrevistada e sua família freqüentavam festas, aproximadamente uma vez ao mês, com a vizinhança. Sob a luz de lampiões e som de sanfonas, as festas aconteciam após terços e rezas ou casamentos. Os casais dançavam entre amigos. “Festa de juventude, só com jovens, não existiam”, afirma ela. Aos seus 23 anos, mudaram-se para a área urbana.

Lembra-se que havia bailes no clube da cidade, que ela não costumava freqüentar. Quando questionada, durante a entrevista, a senhora Maria pareceu pouco à vontade para explicar sua ausência. Na cidade, trabalhou como empregada doméstica durante 15 anos, para os mesmos patrões, por um período no interior e, por outro, na capital. Tanto em seu ambiente de trabalho, quanto no curso de corte e costura, ouvia as conversas dos mais abastados, censurando e desaprovando a presença das moças pobres nos bailes da cidade. “Na segunda feira, você ouvia as conversas das pessoas mais ricas quando uma moça pobre ia nos bailes. Elas eram contra. Então, eu nunca freqüentei clube. Acho que eu fiquei com trauma disso. De ver como as pessoas humildes eram excluídas... As pessoas de cor... E são até hoje. Morei em São Paulo também e lá você vê muita exclusão (...). Nem quando meu sobrinho se formou médico eu não fui. Eu só fui na colação de grau. No baile e no jantar eu não fui. Ah... É uma coisa muito chique, né? Eu nunca gostei.” Após a experiência urbana no interior, a senhora Maria morou na capital, por dez anos, sempre residindo próximo à Avenida Paulista. Além do trabalho como empregada doméstica, foi também costureira. Lá, não freqüentava festas. Seu único lazer era ir ao cinema. Passado o período na capital, retornou ao interior, onde reside até hoje, em função do adoecimento de sua mãe. No decorrer de sua história, as experiências de festas vividas pela senhora Maria, ficaram restritas à sua primeira etapa de vida no ambiente rural. A seu ver, eram bailinhos de sítio, ao redor da igrejinha local, muito agradáveis, divertidos e respeitosos. Uma diversão sadia, sem brigas e violência, como ainda seria comum atualmente. Este relato despertou sentimentos de compaixão e esperança na psicóloga. Hoje, a senhora Maria desfruta de um conforto material incomparavelmente superior ao que teve em seus outros momentos de vida, graças aos seus esforços. Seu olhar e suas palavras transmitiam um sentido de vitória pessoal.

REFLEXÕES CLÍNICO-TEÓRICAS

O campo de sentido afetivo-emocional “coisas para quem pode” criado/encontrado revela a crença de Maria de que pessoas de sua origem sócio-econômica devem ser privadas de ambientes sofisticados e festas nas quais outros com um poder aquisitivo

elevado estejam presentes. Segregações etárias, étnicas e sócio-econômicas ocorrem naturalmente nos ambientes festivos, segundo tal concepção.

Acreditamos que tal crença é proveniente não somente de suas condições reais de privações sócio-econômicas, mas também das experiências de humilhação e discriminação sociais que Maria sofreu a partir do momento em que saiu, com sua família, de seu local de origem, onde viviam nas delimitações rurais.

Em suas lembranças das festas na comunidade rural, estas aconteciam de forma comunitária, nas quais todos participavam, porém, no ambiente urbano, os encontros festivos congregavam alguns para segregar muitos.

Observamos que o sofrimento emocional revelado por Maria, após tais experiências de humilhação, alicerçou suas crenças segregacionistas de tal modo que, mesmo nos dias atuais, apesar de viver em condições econômicas mais dignas, priva-se de compartilhar ambientes com “outros mais ricos”. Mesmo a festa de formatura de seu sobrinho permanece um conjunto de coisas que acredita não lhe caberem, pois são “coisas para quem pode”.

Tais crenças, no entanto, não devem ser interpretadas como decorrentes de questões internas, intrapsíquicas, de Maria. Revelam, na verdade, modalidades sutis de discriminação e hierarquização do espaço social. Os comentários pejorativos testemunhados funcionam como barreiras que indicam critérios de inclusão e exclusão nos espaços de lazer, de acordo com linhas econômicas – um espaço a ser freqüentado por pessoas ricas – e raciais – o menosprezo por pessoas de cor. Aqui, a segregação não se dá de modo explicitamente violento, como por exemplo com a proibição institucionalizada da entrada daqueles considerados “não desejáveis”, mas opera através de comentários e posturas que visam causar constrangimento e desconforto, apontando para a configuração intersubjetiva dos modos de produzir humilhação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-FERNANDES, R.; AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2012). *O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares*. Anais da X Jornada Apoiar, USP, 2012.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J., MACHADO, M.C.L., AYOUCHE, T., CARON, R. & BEUANE, D. (2009). Les Récits Transferenciels comme Présentation du Vécu Clinique: Une Proposition Méthodologique. In D. Beaune (org) *Psychanalyse, Philosophie et Art: Dialogues* (pp.39-52). Paris: L'Harmattan.

DEVEREUX, G. (1967) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 2012.

HERRMANN, F. (1979) *O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MOREIRA, C, G.; VILHENA, J.; CRUZ, A. T. A. NOVAES, J. V. *Quem tem medo do lobo mau? Juventude, agressividade e violência*. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, nº 4, dez, 2009.

SIROTA, A. *Humilhação social: uma reflexão sobre o ponto de vista psicanalítico*. In: Estudos de Psicologia, outubro/dezembro, Campinas, 2008.

TAVARES, G. M. e MENANDRO, P. R. M. *Atestado de exclusão com firma reconhecida: o sofrimento do presidiário brasileiro*. In: Psicologia, Ciência e Profissão, vol, 21, n. 02, Brasília, jun. 2004.

O ESTILO CLÍNICO “SER E FAZER” EM ATENDIMENTOS DOMICILIARES

Natália Del Ponte de Assis
Cristiane Helena Dias Simões
Tânia Aiello Vaisberg

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo defender a ideia de que interrupções de atendimentos psicoterapêuticos, causadas por problemas concretos, tais como o puerpério ou variadas condições de adoecimento que dificultam o deslocamento dos pacientes, devem e podem ser evitadas quando clinicamos a partir de perspectivas que privilegiam o uso de enquadres diferenciados. Como argumentação, é usada a apresentação e discussão clínica de um caso, no qual se conjugam imaturidade emocional com as exigentes tarefas que a maternidade impõe a mulher em nossa sociedade. As linhas gerais da problemática clínica são apresentadas sob forma de narrativa transferencial, que compreendemos a partir da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos. A nosso ver, o quadro geral indica que benefícios importantes são alcançados na medida em que a continuidade das sessões pode ser experienciada como *holding*, e favorece o amadurecimento através de reconhecimento e atenção às necessidades emocionais básicas.

Palavras chave: estilo clínico “Ser e Fazer”, atendimento domiciliar, enquadres diferenciados, *holding*, *Skype*

Neste texto, buscamos defender a importância da não interrupção de atendimentos psicoterapêuticos nos casos em que dificuldades concretas de vida, tais como o puerpério, doenças, acidentes, viagens, entre outros, impossibilitam o paciente de comparecer às sessões. Para tanto, iremos apresentar e discutir o estudo de um caso clínico, em que foi possível prosseguir com o tratamento de uma paciente no puerpério, através de atendimento domiciliar via *Skype*. Neste caso, a imaturidade emocional da paciente, juntamente com as exigentes tarefas que a maternidade

impõe à mulher em nossa sociedade, tornavam a continuidade dos cuidados, calcados no *holding*, fundamentais, no sentido de beneficiar tanto a paciente como o recém-nascido.

Sabemos que a maior parte do trabalho do psicólogo ocorre em consultórios, organizados para atendimentos individuais ou grupais, que podem ser privados ou instalados em contextos institucionais. Em ambos os casos devem estar organizados para garantir conversas e/ou interações³³ reservadas. Uma porcentagem menor de atendimentos acontecem em outrassituações, como no espaço público, no caso de acompanhamento terapêutico (SIMÕES, CORBETT, AIELLO-VAISBERG, 2008; MANNA, AIELLO-VAISBERG, 2012) ou em hospitais, com pacientes internados (MICELLI-BAPTISTA, AIELLO-VAISBERG, 2003). Entretanto, concordamos com Winnicott (1962) quando diz que os pacientes devem ser analisados quando necessário, mas que em muitos casos serão beneficiados se receberem atendimento psicanalítico em outros enquadres. No entender deste autor, a segunda alternativa corresponde a “ser um psicanalista praticando outra coisa que acreditamos ser mais apropriada para a ocasião” trata-se, a seu ver, de “ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada para a ocasião” (WINNICOTT, 1962, p. 155). Entendemos que “ser” um psicanalista sugere tanto uma relação de desenvoltura com o método psicanalítico como um posicionamento basicamente dialógico com as teorias. Paradoxalmente, podemos recriar e reinventar aquilo que há para ser encontrado, sem nos submeter à teoria. Isso possibilita maior flexibilidade para fazermos intervenções criativas, sem abrir mão da fundamentação teórica e metodológica de maneira rigorosa (AIELLO-VAISBERG, 2003).

Defendemos que é necessário inovar e desenvolver a psicanálise, para que seja possível atender a demandas que não existiam nos primórdios dessa clínica tradicional. Sabemos que se essas transformações não ocorressem, a psicanálise continuaria restrita ao tradicional *setting* analítico freudiano. Certamente, a manutenção de tais delineamentos, impossibilitaria o benefício de grande parte da população brasileira que vive em condições de precariedade social e apresenta

³³ Lembramos aqui sessões de ludoterapia e de arteterapia, nas quais a comunicação emocional pode ocorrer segundo comunicações não-verbais.

sofrimentos emocionais muito diversos daqueles apresentados pelo clássico neurótico para o qual o enquadre padrão foi idealizado.

No caso em questão, uma paciente, imatura emocionalmente, continuou sendo atendida através do *Skype* durante o final da gestação e o puerpério, período em que dificuldades concretas de locomoção ocorrem devido ao ganho de peso, cansaço, mudanças na rotina e atenção absoluta ao bebê. Consideramos que, principalmente nos momentos de dificuldade, há necessidade de sustentação ambiental por parte do psicólogo clínico. Sendo assim, utilizaremos o exemplo deste caso, com o objetivo de estender e compreender a importância do *holding* em diversas situações complexas de vida. O *Skype* foi usado como canal facilitador de forma prática e eficaz, sem que a paciente precisasse sair de casa. Lembrando que inicialmente as sessões eram presenciais, realizadas em consultório particular.

Durante todo o atendimento, pautamos nossa prática inspirando-nos no estilo clínico “Ser e Fazer”, que se define pelo cultivo de compreensão aprofundada sobre a dramática vivida e o substrato inconsciente, a partir do qual emerge, bem como pela busca de intervenções delicadas, por meio das quais se expressa o *holding* que favorece a superação de dissociações defensivas e a conquista de um posicionamento existencial mais integrado e espontâneo (AIELLO-VAISBERG, 2003; 2004). Trata-se, como se vê, de proposta que converge com a leitura de autores que, a exemplo de Greenberg e Mitchel (1984) entendem que o pensamento winnicottiano fundamenta uma clínica psicanalítica aparentada com visões filosóficas que valorizam a conquista de posicionamentos existenciais mais autênticos (AIELLO-VAISBERG, 2003; 2004).

Os enquadres diferenciados “Ser e Fazer” mais conhecidos são as oficinas psicoterapêuticas de criação. Estas se caracterizam pelo fato de terem no *holding* a intervenção privilegiada, por usarem materialidades mediadoras, que facilitam a expressão subjetiva e por se darem preferencialmente em enquadres grupais. Contudo, podemos dizer que ao privilegiar o *holding*, buscando compreender profundamente a dramática vivida, vale dizer, as necessidades do *self*, já nos movemos em termos do estilo clínico “Ser e Fazer” (GIL, 2010; MENCARELLI, BASTIDAS, AIELLO-VAISBERG, 2003; BASTIDAS, AIELLO-VAISBERG, 2003;

VITALI, AIELLO-VAISBERG, 2003) Mais recentemente, inclusive, temos trabalhado no sentido de também atentar para as exigências do amadurecimento humano, cujo caráter é simultaneamente emocional e ético, que se encontram em jogo em todas as queixas e sofrimentos, num diálogo com a antropologia da experiência elementar (MAHFOUD, 2012). A perspectiva da experiência elementar parece, deste modo, complementar harmoniosamente o que já vínhamos praticando como estilo clínico “Ser e Fazer”.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Recebemos em atendimento³⁴ uma mulher de 35 anos com diagnóstico de depressão, que era acompanhada e medicada por um psiquiatra. Formada em administração de empresas, trabalha com vendas, sem sentir-se verdadeiramente realizada do ponto de vista profissional. Seu marido é um médico, ativo e ocupado, mas atento e carinhoso, que já havia sido casado anteriormente. Tem dois filhos, de oito e dez anos, que passam dois finais de semana por mês com o casal. Segundo a paciente, a relação com os enteados é boa, pois moram longe e “não lhe dão trabalho”, pois sabem entreter-se com o computador e a televisão. Cerca de dois anos e meio após o início da psicoterapia a paciente, que apresentara melhoras, que repercutiram favoravelmente na sua vida, tanto em termos profissionais como de relacionamento, engravidou. A partir deste momento, passou a queixar-se de tristeza e a manifestar temores de desenvolver um quadro depressivo, eventualmente mais grave do que o anterior.

Imaginava-se apresentando uma depressão pós-parto, enquanto se preocupava com sintomas que passaram a se tornar relativamente frequentes, tais como choro excessivo, desânimo e um persistente sentimento de inutilidade perante a vida. A evidente piora do estado emocional da paciente, que coincidia com a gestação, levou-nos a modificar o enquadre. Nos colocamos claramente mais disponíveis, caso necessário, para contatos extras entre as sessões, que seguiam sendo

³⁴Esta paciente foi atendida pela psicóloga Cristiane Helena Dias Simões.

semanais. Percebemos que esta oferta foi tranquilizadora, contudo na prática, não foi solicitada.

O surgimento de limitações físicas, esperadas pela própria gestação, mas acentuadas por uma gestação gemelar, que, no caso, resultava num aumento considerável da barriga, por características de personalidade da gestante e por condições urbanas que dificultam deslocamento em transporte coletivo, tornava a vinda ao consultório um problema. A própria paciente, então, solicitou atendimentos domiciliares via *Skype*.

Aceitamos introduzir esta mudança e fomos surpreendidas positivamente ao constatar que a paciente continuou a se sentir assistida e amparada. Ao contrário de possíveis manifestações de resistência, encontramos uma adesão que revelava o quanto se sentiu confortavelmente sustentada. Nesse sentido, esta alteração de enquadre não inibiu o desenrolar do atendimento, que seguiu diferentes caminhos transferenciais em função daquilo que precisava ser vivido por esta gestante. Aspecto digno de nota, é o fato de praticamente ter sido possível não interromper a psicoterapia, uma vez que as sessões só cessaram durante a internação hospitalar de curta duração.

Vale a pena destacar que a tecnologia do *Skype* não tem características invasivas, uma vez que permite que se marque horário e que tanto terapeuta como paciente escolham o cenário no qual se desenrolará a conversa. No presente caso, a possibilidade de mostrar o quarto do bebê e o próprio bebê evidenciam como uma nova tecnologia pode ser colocada a serviço do cuidado psicológico.

ACOMPANHANDO TRÂNSITOS ENTRE CAMPOS TRANSFERENCIAIS

Com o objetivo de mostrar a mudança do campo transferencial entre a paciente e a psicóloga, e evidenciar a necessidade de atendimento psicológico durante o período crítico do puerpério, mostraremos o campo em que estávamos durante as sessões presenciais, e em que campo entramos a partir do uso do atendimento virtual via *Skype*. Adotamos, assim, o Procedimento “Ser e Fazer” de Acompanhamento de Intervenções Psicoterapêuticas, que vem sendo utilizado no contexto das

supervisões clínicas da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, tendo sido recentemente formalizado, apresentado e fundamentado teórico-conceitualmente por Ambrosio (2013).

As sessões foram registradas por meio de narrativas transferenciais (AIELLO-VAISBEG et al., 2009). Essas foram elaboradas de memória para retratar o acontecer clínico tanto em termos de registro de ocorrências, como em termos de registro de impactos contratransferenciais, sob a forma de comentários acerca dos afetos, sentimentos e emoções vivenciados pelo analista/pesquisador. Desse modo, são incluídas impressões, associações, ideias, fantasias e sentimentos contratransferenciais. Esse material foi abordado à luz do método psicanalítico, segundo as palavras de ordem recomendadas por Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido”. Por esta via, pudemos criar/encontrar dois campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, que intitulamos “Todos me devem” e “Eu controlo”.

Definimos um primeiro campo intitulado como “Todos me devem”, que se organiza ao redor da crença de que todas as pessoas são incompetentes, descuidadas e não conseguem cuidar suficientemente bem “de mim”.

Inicialmente, a paciente se queixava de depressão e angústias profundas. Conforme as sessões ocorreram, pudemos perceber suas reclamações incessantes em relação a como o mundo estava em dívida com ela. A seu ver, as pessoas, de modo geral, eram incompetentes, descuidadas, irresponsáveis e não supriam suas necessidades.

Há poucos anos, sua mãe estava ocupada cuidando de sua tia mais velha vítima de câncer. Ela dizia sentir raiva e culpa por desejar a morte da enferma. Suas queixas em relação à falta de cuidado de sua mãe eram muitas, e em vários momentos só conseguíamos enxergar uma criança reivindicando a atenção total de todos. Por outro lado, vale ressaltar, que quando recebia algum tipo de cuidado ou atenção, sentia-se invadida. Deste modo se encontrava numa posição extremamente desconfortável, na qual paradoxalmente pedia e rejeitava a aproximação do outro. Este tipo de movimento se repetiu algumas vezes, em registro transferencial, na relação com a terapeuta, ainda que de forma discreta e sutil.

Definimos um segundo campo de sentido afetivo-emocional denominado “Eu controlo” como aquele regido pela crença de que controlaria a situação, podendo expressar todas suas necessidades na relação com a terapeuta. Após as sessões via *Skype*, pudemos perceber manifestações que podem ser consideradas como experiências de onipotência em relação aos atendimentos. Entendemos que a sensação de que seu acesso à psicóloga foi facilitado, pode ter despertado uma fantasia de estar no controle da situação, ou seja, de poder descartar a terapia quando quisesse, ou remarcar de acordo com a sua conveniência. A terapeuta buscou sempre se adaptar à demanda da paciente, pois sua condição de gestante e, depois, mãe de um recém nascido, deixava-a confusa e cansada. De certa forma, a tecnologia em uso se prestou à configuração de uma experiência regressiva na qual se sentiu podendo contar com uma terapeuta que estaria a seu dispor.

Com o *Skype*, a paciente podia aparecer tanto vestida normalmente, como de pijamas, caso se sentisse “indisposta, preguiçosa ou sem ânimo para arrumar-se”. Podia, também, mostrar espaços domésticos, inclusive o quarto do bebê, ou objetos importantes, dotados de significados emocionais. Até mesmo a desorganização doméstica, eventualmente motivo de forte irritação, podia ser apresentada, de modo que servia tanto para diminuir a distância entre si mesma e a terapeuta, já que podiam compartilhar a visão das mesmas coisas, como comprovar que suas angústias e lamúrias não eram infundadas.

Transitando para este segundo campo, a paciente foi se apresentando de forma mais regredida e onipotente. A mudança parece ter sido facilitada pelo novo enquadre, em que o fato de ser atendida sem sair de casa, dispensava a observação de regras sociais que regulam a ida de uma pessoa a um consultório particular. Regras relativas a horários, vestuário e providências práticas para locomoção. Em outros termos, enquanto sair de casa exigia um comportamento adulto autônomo, em sua casa podia alcançar a psicóloga, pronta para ouvi-la, mediante o aperto de um botão.

Na verdade, é importante salientar que esta situação favoreceu uma vivência de controle, que de fato, não ocorria. Esse exemplo acontece com os bebês desde o ponto de vista do ambiente, que se adapta maximamente às suas necessidades sem

ser, evidentemente, controlado de fato pela criança. No presente caso, o *Skype* só trazia a terapeuta em horários combinados ou após um pedido, este feito via mensagem escrita pelo telefone celular. Na prática, tanto solicitou sessões extras, muitas vezes aos prantos, como desmarcou sessões alegando não estar incomodando porque a psicóloga também estaria, neste momento, confortavelmente instalada. Durante certo período, a terapeuta adaptou-se às necessidades da paciente, sem grandes inconvenientes, pelas facilidades práticas do equipamento. A percepção da disponibilidade da terapeuta era calmante em si, dispensando, algumas vezes, a realização de uma sessão completa de cinquenta minutos.

Durante as sessões que respondiam a seus pedidos desesperados, a paciente expressava angústias intensas ligadas a dificuldades severas em dar conta do atendimento do bebê. Isso gerou preocupações e exigiu um manejo atento, já que mais de uma vez se aproximou de estados em que parecia tocar um limite a partir do qual outras providências, de ordem psiquiátrica, deveriam ser tomadas. Entretanto, a disponibilidade da terapeuta revelou-se suficiente para sustentar a regressão em curso, sem comprometer o atendimento do bebê.

Percebemos que este tipo de tecnologia, usada com serenidade pela profissional, permitiu uma experiência ilusória que visivelmente tranquilizava a paciente, que pôde assim sair, paulatinamente, deste campo de controle para adentrar e permanecer cada vez mais em estados calmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatizamos que nesse contexto específico, a intervenção via *Skype* é diferente daquela em que o psicólogo nunca teve contato inicial com o paciente. No presente caso, o processo terapêutico ocorria há alguns anos, de modo que a paciente já havia formado um vínculo importante e seguro com a terapeuta. É importante destacar algumas singularidades do atendimento, na medida em que usamos o *Skype* como meio de expressão do *holding*, segundo as linhas que definem o estilo clínico “Ser e Fazer”. O enquadre sofreu modificações, que repercutiram sobre o campo transferencial, permitindo que uma regressão sustentada tivesse lugar.

Evidentemente, casos como este suscitam questões, que devem ser debatidas e investigadas. Uma delas diz respeito à delicadeza do manejo requerido, uma vez que se tratava de cuidar não apenas de uma adulta em estado de regressão, mas também de um bebê sob seus cuidados. Assim, concluímos que neste caso, a utilização da tecnologia caminhou convergentemente à necessidade de um aumento de atenção em relação ao manejo que o drama vivenciado pela paciente demandou.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. *Psicologia USP* (Impresso), São Paulo, v. 14, n. 1, p. 95-128, 2003.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A.; AMBROSIO, F. F. O ser e o fazer na [HYPERLINK G](#), T. M. J. A.; AYOUGH, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: L'Harmattan, v. 1, p. 39-52, 2009.
- AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O estilo clínico ser e fazer como proposta para o cuidado emocional de indivíduos e coletivos. *Revista da SPAGESP*, v. 10, p. 39-44, 2009.
- AMBROSIO, F.F. *O Estilo Clínico “Ser e Fazer” na Investigação de Benefícios Clínicos de Psicoterapias*. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.
- GIL, C. A. A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudancas* (IMS), v. 19, p. 19-30, 2011.

- GRANATO, T.M.M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Ser e fazer na maternidade contemporânea. *Estudos de Psicologia* (PUCCAMP. Impresso), Campinas, v. 20, n. 2, p. 71-76, 2003.
- HERRMANN, F. *O método da psicanálise*. São Paulo, EPU, 1979.
- HERRMANN, F. *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MANNA, R.E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Estilo Clínico Ser e Fazer de Acompanhamento Terapêutico: uma proposta inovadora em saúde mental. In: *Cadernos HabitAT: Contornos do AT / Organizado por Tania Possani, Marcelo Soares da Cruz e Alexandre Piné* – São Paulo: Dobra Editorial. p. 41-53, 2012.
- MENCARELLI, V. L.; BASTIDAS, L. S.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Oficinas de velas ornamentais com usuários de um Programa DST/aids. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. *Anais do I Seminário Temático SER e FAZER & Tecer*, São Paulo, v. 1, p. 92-96, 2002.
- MICELLI, Adriana Micelli. *Consulta Psicoprofilática ao Residente de Medicina: Proposta de um Enquadre Diferenciado à Luz da Perspectiva Winnicottiana*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MAHFOUD, M. *Experiência Elementar em Psicologia*. Belo Horizonte: Artesã, 2012.
- SIMÕES, C. H. D.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Considerações sobre o acompanhamento terapêutico desde uma visão winnicottiana*. In: XIII Colóquio Winnicott: os casos clínicos de Winnicott, São Paulo, 2008.
- WINNICOTT, D.W. Os objetivos do tratamento psicanalítico (trad.) In D.W. Winnicott (Ed.) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984/1962.

**“TER AMOR” E OUTROS CAMPOS: ESTUDO PSICANALÍTICO DA (DES)
ESPERANÇA EM CANÇÕES DE CHICO BUARQUE DE HOLLANDA**

Elisa Corbett

Priscilla Figueiredo

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RESUMO

Objetivamos investigar imaginários coletivos sobre (des) esperança veiculados na música popular brasileira, compreendida como um canal expressivo da dramática do viver das camadas menos favorecidas da população. Metodologicamente, realizamos um estudo psicanalítico de um conjunto de canções de Chico Buarque de Hollanda. Dentre as canções listadas como as mais acessadas da obra buarquiana pelos internautas em importante site de divulgação de músicas, selecionamos as onze que tematizam a (des)esperança no conteúdo manifesto de suas letras: Eu Te Amo (1980), Olhos nos Olhos (1976), Apesar de Você (1970), João e Maria (1977), Roda Viva (1967), A Banda (1966), Cálice (1973), Mulheres de Atenas (1976), Todo o Sentimento (1987), Pedaco de Mim (1978) e Com Açúcar, com Afeto (1966). Escutamos as canções em estado de atenção equiflutuante e registramos os impactos contratransferenciais experimentados por meio de narrativas transferenciais. A seguir, consideramos psicanaliticamente tais narrativas, produzindo interpretativamente três campos de sentido afetivo-emocional: “Vivem para os seus maridos”, “Afasta de mim esse cale-se” e “Ter amor”. O quadro geral indica a preferência dos internautas pelas questões amorosas, parecendo apontar, paradoxalmente, tanto para um distanciamento da vida social quanto para a esperança de experimentar um vínculo verdadeiramente significativo com alguém, de contar com uma parceria frente às vicissitudes da vida.

Palavras-chave: Imaginário coletivo, Esperança, Música popular brasileira, Prevenção e intervenção psicológica.

O presente estudo integra um conjunto de investigações que abordam imaginários coletivos sobre (des) esperança veiculados na música popular brasileira. Intencionamos, assim, produzir conhecimento sobre o ambiente cultural brasileiro por meio do estudo de uma forma de produção humana que pode ser considerada um canal expressivo da dramática do viver das camadas menos favorecidas da população. Neste contexto, Chico Buarque de Hollanda se destaca como importante compositor e intérprete, conhecido por sua sensibilidade à alma feminina e por abordar, de modo delicado e crítico, temáticas diversas, tais como a situação política da época, as relações sociais e amorosas, entre outras.

O estudo dos imaginários coletivos sobre (des) esperança – ou dos modos como são experimentados os abalos e as renovações da esperança de viver das pessoas – nessas produções consiste em um conhecimento valioso quando adotamos uma perspectiva clínica ampliada, em vertentes preventivas e interventivas, pois estas reconhecem que o sofrimento emocional de indivíduos, grupos e comunidades só podem ser compreendidos se forem consideradas as condições concretas do viver. Espera-se que, através do estudo psicanalítico de tais canções, se produza conhecimento sobre essas condições concretas, ajudando, assim, na compreensão e, conseqüentemente, na possibilidade de ações preventivas e interventivas mais adequadas.

Defendemos, alinhadas à perspectiva blegeriana, que a vida humana se desenrola sempre em determinados contextos históricos, sociais, políticos, econômicos e vinculares, e que os pesquisadores interessados em manifestações humanas deveriam sempre abordá-las a partir desta compreensão (BLEGER, 1984). Partindo de um ponto de vista que valoriza a dimensão afetivo-emocional do viver, acreditamos que a experiência humana concreta, acontecendo simultaneamente nos diversos contextos em que se dá, cria ambientes humanos complexos, emocionalmente habitados por indivíduos e grupos, que denominamos imaginários coletivos. Tratam-se de verdadeiros “mundos vivenciais” (AIELLO-VAISBERG & AMBROSIO, 2006), na vigência dos quais o mundo e a vida são experimentados a partir de determinados campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos (AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008).

A partir deste pensamento, realizamos um estudo de onze canções do compositor Chico Buarque de Hollanda, compreendidas como expressões concretas de imaginários coletivos acerca da (des)esperança na cultura brasileira que, apesar de terem sido realizadas nas décadas de 1960, 1970 e 1980, são constantemente revisitadas pelo público nos dias de hoje. Tais canções foram selecionadas, portanto, a partir de dois critérios: serem apontadas entre as mais acessadas pelo público, da obra buarquiana, num importante site de divulgação de músicas e tematizar a (des) esperança no conteúdo manifesto de suas letras. Desta forma, acessamos o site “letras.mus.br”, um dos mais populares em tal meio, ouvindo as 20 primeiras músicas indicadas como as mais acessadas público na data de 14 de maio de 2013 e acompanhando suas letras. Selecionamos, então, todas aquelas que tematizavam a (des) esperança em seu conteúdo manifesto, compondo o conjunto de onze canções a serem psicanaliticamente consideradas: Eu Te Amo (1980), Olhos nos Olhos (1976), Apesar de Você (1970), João e Maria (1977), Roda Viva (1967), A Banda (1966), Cálice (1973), Mulheres de Atenas (1976), Todo o Sentimento (1987), Pedaco de Mim (1978) e Com Açúcar, com Afeto (1966).

A adoção da presença numa lista de músicas mais acessadas na internet como critério de seleção justifica-se pela forma que a comunicação assume neste meio. Enquanto na comunicação de massa um comunicador cria determinada mensagem e a transmite para diversos receptores passivos, que receberão o conteúdo pré-determinado (SILVEIRA, 2004), na internet, o receptor tem o poder de transformar-se em agente comunicador, ou seja, ele escolhe as temáticas que lhe serão apresentadas e até sua abrangência e profundidade (CASTELLS, 2003). Assim, não há uma programação pré-estabelecida daquilo que o usuário deverá ouvir passivamente. Ele busca aquilo que deseja acessar. Deste modo, o intermédio do conteúdo pode ocorrer entre os próprios usuários, favorecendo a organização de movimentos sociais e a valorização de minorias culturais. Possibilitando que o internauta acesse os conteúdos que lhe interessam, a internet torna-se um canal de expressão individual e coletivo.

Assim, compreendemos que a lista de músicas mais acessadas pelos internautas revela as canções do compositor que mais interessam ao público atual. Do ponto de vista

psicanalítico, são também aquelas que ressoam mais significativamente, do ponto de vista afetivo-emocional, nos internautas dos dias de hoje.

Como procedimento de configuração do acontecer clínico sobre o qual versa este estudo, ouvimos as músicas selecionadas, em estado de atenção equiflutuante. Ao final de cada encontro com uma canção, registramos nossas memórias acerca da história contada, assim como os sentimentos e impressões vivenciados durante a experiência, ou seja, os impactos contratransferenciais que surgiram durante o encontro, por meio da elaboração de narrativas transferenciais (AIELLO-VAISBERG et al, 2009).

As narrativas foram, então, consideradas à luz do método psicanalítico, permitindo a elaboração interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, segundo os quais se organizam. Neste procedimento, o pesquisador atribui, interpretativamente, um sentido ao fenômeno em questão, de forma a auxiliar na compreensão afetivo-emocional. Deste modo, elaboramos interpretativamente três campos de sentido afetivo-emocional: “Vivem para os seus maridos”, “Afasta de mim esse cale-se” e “Ter amor”.

“Vivem para os seus maridos” é um ambiente imaginativo organizado ao redor da regra de que as mulheres não têm esperança de realização pessoal autêntica porque seu destino é atender às necessidades e desejos do marido. Esse tipo de organização imaginativa sustenta dramáticas femininas diversas, retratadas em canções como *Mulheres de Atenas* (1976) e *Com Açúcar, com Afeto* (1966).

Em *Mulheres de Atenas* (1976), a crença de que o destino da mulher é atender aos desejos e necessidades do parceiro vincula-se a uma atribuição social aos homens de tudo o que há de bom, valoroso e ativo, relegando as mulheres à condição de seres inferiores, que deveriam comportar-se de maneira submissa. Configura-se, assim, cenário imaginativo marcado pela desesperança, no qual as mulheres acabam anulando a si mesmas, na tentativa de ser o complemento de seus maridos:

*“Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito, nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos, só têm presságios*

O seu homem, mares, naufrágios

(...) As jovens viúvas marcadas

E as gestantes abandonadas

Não fazem cenas

Vestem-se de negro, se encolhem

Se conformam e se recolhem

Às suas novenas

Serenas.

(...) Mirem-se no exemplo

Daquelas mulheres de Atenas

Secam por seus maridos,

Orgulho e raça de Atenas”

Já na música *Com Açúcar, com Afeto* (1966) a dramática feminina configura-se a partir de movimentos alternados de esperança e desesperança no que tange às possibilidades de mudança do companheiro e da relação amorosa, tantas vezes por ele prometida e por ela sonhada:

“Quando a noite enfim lhe cansa, você vem feito criança

Pra chorar o meu perdão, qual o quê!

Diz pra eu não ficar sentida, diz que vai mudar de vida

Pra agradar meu coração

E ao lhe ver assim cansado, maltrapilho e maltratado

Ainda quis me aborrecer? Qual o quê!

Logo vou esquentar seu prato, dou um beijo em seu retrato

E abro os meus braços pra você.”

Evidencia-se, nas duas canções sustentadas pelo campo de sentido afetivo-emocional “Vivem para os seus maridos”, que este ambiente imaginativo é experimentado como atemporal, dadas as semelhanças das vivências femininas em contextos históricos, políticos, sociais e econômicos tão distintos quanto a Atenas clássica, dos tempos das

antigas e contínuas guerras entre as cidades-estado gregas, e o Brasil dos anos 1960-1970.

O campo intitulado “Afasta de mim esse cale-se”consisteeem um ambiente imaginativo organizado ao redor do conflito intenso entre um pequeno grupo que controla o destino de todos, calando violentamente as vozes dissonantes, e os demais, que resistem até o limite de suas forças, esperançosos de reconquistarem o direito à participação nas decisões que afetam o seu viver. Este campo sustenta dramáticas humanasrelacionadas ao regime ditatorial que fora estabelecido no Brasil e seus, ainda presentes, resquícios. A música Cálice (1973) retrata uma dessas experiências:

*“Pai! Afasta de mim esse cálice
De vinho tinto de sangue
Como é difícil acordar calado
Se na calada da noite eu me dano
Quero lançar um grito desumano
Que é uma maneira de ser escutado
Esse silêncio todo me atordoa
Atordoados eu permaneço atento
Na arquibancada, prá a qualquer momento
Ver emergir o monstro da lagoa”.*

Neste cenário imaginativo, os constantes ataques do grupo controlador ao resto da população causam abalos em sua esperança de participar da construção do seu próprio destino. Tal esperança renova-se em seguida, como expressa a canção Roda Viva (1967):

*“A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva*

*A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a roseira prá lá...”*

O terceiro e último campo, chamado “Ter amor”, é um ambiente imaginativo organizado ao redor da crença de que a esperança de obtenção de felicidade está no amor, na possibilidade de terem parceiro(a) na vida. Na canção A Banda (1966), o amor se faz presente no cotidiano popular pela música, e transforma temporariamente a experiência de todos:

*“A minha gente sofrida
Despediu-se da dor
Pra ver a banda passar
Cantando coisas de amor
O homem sério que contava dinheiro parou
O faroleiro que contava vantagem parou
A namorada que contava as estrelas parou
Para ver, ouvir e dar passagem
A moça triste que vivia calada sorriu
A rosa triste que vivia fechada se abriu
E a meninada toda se assanhou
Pra ver a banda passar
Cantando coisas de amor
(...) O velho fraco se esqueceu do cansaço e pensou
Que ainda era moço pra sair no terraço e dançou
A moça feia debruçou na janela
Pensando que a banda tocava pra ela
(...) Mas para meu desencanto
O que era doce acabou
Tudo tomou seu lugar
Depois que a banda passou*

*E cada qual no seu canto
Em cada canto uma dor
Depois da banda passar
Cantando coisas de amor”*

Navigência deste campo de sentido afetivo-emocional, na ausência de amor surge a desesperança de encontrar a felicidade. Essa lógica afetivo-emocional manifesta-se em dramáticas diversas, relacionadas à perda da pessoa amada. As canções emergentes deste campo retratam, assim, situações em que pessoas que experimentaram a felicidade num relacionamento amoroso perdem o(a) amado(a), seja pela sua morte ou pelo término do relacionamento. Um exemplo dramático desta vivência é retratado na canção Pedaco de Mim (1978):

*“Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fígada
No membro que já perdi
Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus”*

No que se refere à preferência do internauta, nota-se que sete das onze músicas que tematizam a (des) esperança e figuravam na lista das mais acessadas emergem a partir do campo de sentido afetivo-emocional “Ter amor”: Eu Te Amo (1980), Olhos nos Olhos (1976), João e Maria (1977), A Banda (1966), Todo o Sentimento (1987), Pedaco

de Mim (1978) e Com Açúcar, com Afeto (1966). O campo “Vivem para os seus maridos” sustenta apenas duas das canções mais ouvidas, sendo uma delas também emergente do campo “Ter amor”: Mulheres de Atenas (1976) e Com Açúcar, com Afeto (1966). Finalmente, três das músicas mais acessadas são emergentes do campo “Afasta de mim esse cale-se”: Apesar de Você (1970), Roda Viva (1967) e Cálice (1973).

DISCUSSÃO

Esses achados indicam clara preferência do internauta pela temática amorosa em relação às da submissão feminina e da participação nas decisões políticas, que aparecem tangencialmente nas canções mais acessadas por este público. Assim, as questões de cunho amoroso parecem assumir um lugar bastante significativo na assunção de um posicionamento existencial esperançoso ou desesperançoso diante da vida dos dias de hoje.

Tal preferência pelas questões amorosas parece apontar, paradoxalmente, tanto para certo distanciamento da vida social como para a percepção de que o outro é fundamental para a realização pessoal. Num contexto social marcado pela fragilização dos vínculos familiares e comunitários e pelo individualismo, o interesse pelo amor parece relacionar-se à esperança de experimentar um vínculo verdadeiramente significativo com alguém, que talvez seja também uma esperança de encontrar uma parceria frente às vicissitudes da vida. Por outro lado, também podemos refletir sobre o fato de que a realização amorosa não impede, de modo algum, posicionamentos sensíveis e comprometidos com o coletivo.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. (2009) Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.), *Psychanalyse, philosophie, art: dialogues*. (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan. v. 1. 2009.

- AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; AMBROSIO, F.F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. Em Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo, SP: Cadernos Ser e Fazer, 2006. p. 05-08.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J.; Monzani, L.R. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.
- BLEGER, J. (1963). Psicologia da conduta. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1984.
- CASTELLS, M. (2003). Internet e sociedade em rede. In D. de Moraes (Org.), *Por uma outra comunicação: mídia, mundialização cultural e poder*. Rio de Janeiro: Record.
- SILVEIRA, M. D. P. da. Efeitos da globalização e da sociedade em rede via Internet na formação de identidades contemporâneas. *Psicologia: Ciência e Profissão* (Brasília), v. 24, n. 4. 2004.

APOIAR

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E TOXICODEPENDÊNCIA NO CONTEXTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DISCUSSÃO A PARTIR DE DADOS DA LITERATURA³⁵**

Gislaine Martins Ricardo Passarini³⁶

Loraine Seixas Ferreira³⁷

Paula Orchiucci Miura³⁸

Rui Alexandre Paquete Paixão³⁹

Dora Salcedo Barrientos⁴⁰

Leila Salomão Cury de La Plata Tardivo⁴¹

Resumo

A partir de pesquisas bibliográficas acerca do tema gravidez na adolescência, percebeu-se a importância de aprofundar os estudos que tratem também da violência e toxicodependência nesse momento da vida, sendo esse fatores de grande relevância. A gravidez na adolescência tem seu percentual aumentado, principalmente nas famílias

³⁵ Agradecimento à FAPESP pela concessão de uma bolsa de pós-doutorado para realização desta pesquisa.

³⁶ Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia.

³⁷ Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, Bolsista CAPES

³⁸ Psicóloga. Pós-doutoranda em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Bolsista da FAPESP.

³⁹ Investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

⁴⁰ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Psicodramatista – Sócio Educacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/> e-mail: dorabarrientos@usp.br. São Paulo. Brasil

⁴¹ Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP. Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR)

com baixa renda, o que afeta a escolarização e a futura colocação dessas jovens no mercado de trabalho. A gestação precoce, também pode causar complicações à saúde da mãe e do bebê, além de sequelas psicossociais. Outro fator de grande preocupação na adolescência é a violência, que tem o público adolescente e feminino como as principais vítimas. A violência em suas diferentes formas é considerada um fator de risco no desenvolvimento, podendo, por exemplo, estar relacionada ao uso de drogas e a perpetuação da própria violência. Pesquisas revelam que o uso de substâncias químicas apresenta correlação com a gravidez precoce, sendo em muitos casos a experiência com essas substâncias antecede a gravidez na adolescência. Esses fatores aparecem interligados em uma parcela da população adolescente e deve ser considerado nos estudos com esse público.

Introdução

O presente artigo apresenta uma revisão de literatura referente a adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica e toxicodependência. O interesse pelo tema se deu diante do “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitária da Universidade de São Paulo: Bases para intervenção/CNPq” (Salcedo-Barrientos, 2012), realizado pelos pesquisadores deste artigo e que identificaram como um dos resultados a relação entre violência doméstica, gravidez na adolescência e uso abusivo de álcool e drogas no decorrer da gestação.

Procedimento

A composição do presente artigo resultou de pesquisas nas bases de dados MEDLINE, SciELO, Science Direct, Psychological Abstracts, PubMed, Sociological Abstracts e Web of Science, entre os anos de 2006 a 2013, a partir das seguintes palavras-chave: gravidez na adolescência, adolescência e toxicodependência, violência doméstica.

Discussão teórica

Gravidez na Adolescência

A adolescência é uma fase da vida em que diversas transformações sociais, psicológicas e anatomo-metabólicas acontecem, apresentando mudanças biológicas, de comportamento, de aprendizagem e de socialização. Dentre os resultados dessas mudanças, encontra-se a construção da personalidade, que é influenciada pela cultura, pela educação, pelas relações e atitudes.

Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras indica uma diminuição de adolescentes grávidas de 2001 para 2008, contudo o percentual de mães adolescentes tem aumentado, consideravelmente, nas classes mais baixas, famílias com até um salário mínimo. (NOVELLINO, 2011).

Esse mesmo estudo apontou que a gravidez na adolescência afeta a escolarização, especialmente das adolescentes mães pertencem à classe social mais baixa (menos de 30%). O nível de escolaridade de adolescentes mães é menor se comparado às adolescentes que não possuem filhos, tendo em sua maioria o ensino fundamental incompleto, o que afetará diretamente a colocação no mercado de trabalho. Dessa forma, pode-se afirmar que o abandono escolar e falta de participação no mercado de trabalho decorrem tanto da maternidade na adolescência quanto da condição sócio econômica em que viviam previamente (NOVELLINO, 2011).

Apesar da diminuição da população de adolescentes mães, a gravidez precoce ainda gera preocupação, pois a fecundidade na adolescência ainda é alta (em 2007 as mães com idade entre 15 e 17 anos representaram 20% dos partos realizados no país (Brasil, 2010)).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a gravidez na adolescência constitui-se em uma gestação de risco, visto as possíveis repercussões sob a saúde materno-fetal, além das sequelas psicossociais. No que se refere ao ponto de vista biológico, os riscos que mais se destacam são: hemorragias, trabalho de parto prolongado, complicações em longo prazo, prematuridade, lesões durante o parto, morte perinatal e baixo peso ao nascer. Do ponto de vista psicossocial, encontram-se: abandono dos estudos, inserção precoce na vida laboral, descompasso na integração

psicossocial, pouco preparo para o desenvolvimento de uma relação satisfatória com os filhos, etc. (Barbón Pérez, 2011).

Violência doméstica

A violência doméstica não é apenas uma problemática da realidade brasileira, pesquisas bibliográficas revelam que a violência contra a criança e adolescente está presente em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos, Finkelhor *et al.* (2005) analisaram uma amostra representativa da população de crianças e adolescentes de 2 a 17 anos e verificaram que mais de metade das crianças e adolescentes americanas sofreram agressões físicas; uma em cada oito foi maltratada; uma em cada quatro foi agredida verbalmente; uma em cada três crianças/adolescentes testemunhou ou vivenciou uma forma de violência indireta e apenas 29% delas não passaram por vitimização direta ou indireta.

Black *et al.* (2009) pesquisaram a vida sexual de adolescentes que haviam sido maltratadas antes dos 12 anos e verificaram correlações entre a vivência de maus tratos na infância com a iniciação sexual precoce, o relacionamento sexual estabelecido com múltiplos parceiros, não utilização de métodos contraceptivos e prevenção de doenças venéreas, bem como com a ocorrência de gravidez na adolescência. Além disso, constatou-se que o sexo era praticado como uma forma de lidar com sentimentos de isolamento e com a falta de pertencimento familiar e institucional.

Estudos apontam correlações entre o histórico de maus tratos e o uso de substâncias (MORAN *et al.*, 2004; ROSENKRAZ *et al.*, 2012). De acordo com essas pesquisas, a violência psicológica que está presente em todas as outras formas de violência, constitui-se como o maior fator prejudicial para o desenvolvimento. Os achados indicam que o ambiente familiar hostil parece ser especificamente prejudicial às mulheres.

No Brasil, dados no Ministério da Saúde referente aos 27 municípios participantes do VIVA (Vigilância de Violência e Acidentes), entre 01/08/2006 e 31/07/2007, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências doméstica e sexual. O mesmo dado se repete nos dados do VIVA de 2011, tendo 69.83% dos casos de violência doméstica,

sexual e outros tipos de violência cometida contra mulheres (Brasil, 2013). Na adolescência e na vida adulta, a maioria das vezes a violência é acometida por um único indivíduo do sexo masculino (79% dos casos de violência sexual registrados), verificando que grande parte das violências acontece dentro de casa (50% dos casos de violência contra adolescentes) e são atos de repetição (31% dos casos) (BRASIL, 2008). Completando esses dados, o UNICEF (2008) em suas pesquisas mostra que crianças e adolescentes são os mais afetados, chegando a contabilizar 129 casos/dia de violência. De acordo com Pinto Jr. *et al.* (2008), a violência doméstica desencadeia o sofrimento, uma vez que a experiência abusiva à qual a criança ou o adolescente foi submetido provoca um desequilíbrio psíquico, à medida que não pode ser representada ou simbolizada pela vítima.

Pinto Jr. e Tardivo (2010) apontaram que a violência doméstica é um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, produzindo efeitos na identidade, distúrbios de personalidade e adaptação social. Dessa forma, as vítimas podem desenvolver diferentes tipos de transtornos, como: físicos, relacionados à dificuldade de sono e alimentação; comportamentais, como abuso de drogas, condutas autodestrutivas... Os autores ressaltam ainda que esses efeitos perduram ao longo do desenvolvimento, mesmo após medidas de proteção terem sido tomadas.

Tardivo (2007) pesquisadora e conhecedora de crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, reflete em seu livro *Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*, o papel que a violência exerce na formação da identidade dos adolescentes. A autora enfatiza o quanto adolescentes que foram vítimas de violências ao longo de todo o seu desenvolvimento infantil, como maus tratos, negligência e abandono, tornam-se eles mesmos, em muitos casos, reprodutores de comportamentos violentos.

Adolescência e Toxidependência

A adição funciona como um sistema de defesas anti-depressivas. A droga entra no quadro das defesas pelo comportamento, ou seja, o Eu busca essa defesa “para conter o imaginário nos limites compatíveis com a realidade exterior e para preservar, tanto

quanto possível, o essencial da unidade do psiquismo” (Paixão, 2002, p. 36). A adição pode funcionar como uma estratégia de justificativa das aberrações tanto comportamentais, quanto dos excessos delirantes do imaginário, aquando da fragmentação psicótica.

Pesquisas mais recentes como a de Tardivo (2007), confirma que a falta de referências pode levar a situações muito graves: como o abuso de substâncias, atitudes violentas contra si ou contra outros jovens.

Ao pesquisar adolescentes de um município da região Norte do país, em que 95% da população era descendente de diferentes povos indígenas, a autora verificou que a aculturação desses jovens, a falta de um referencial identitário firmemente estabelecido com a origem dos pais, levaram à negação quase coletiva desses jovens sobre a origem familiar, extinguindo-se os ritos de passagens que simbolizavam a transposição de uma identidade infantil para a adulta, o que dificultou o processo de construção da mesma nesses jovens (TARDIVO, 2007).

Tardivo (2007) ressaltou que muitos dos adolescentes aculturados acabaram se identificando com o que é de mais nefasto na cultura branca, como por exemplo, o uso das drogas, a violência para consigo mesmo (suicídio) e para com os outros jovens (homicídio), além de comportamentos sexuais promíscuos e gravidezes indesejadas e precoces.

Outra pesquisa desenvolvida por Tractenberg *et al.* (2012) junto a mulheres dependentes de cocaína tipo *crack* demonstrou que as usuárias expostas a traumas durante a infância ou a adolescência iniciam o uso de drogas em idades mais precoces que aquelas cujo trauma ocorreu na vida adulta.

O estudo desenvolvido por Mitsuhiro *et al.* (2006) apontou que fatores como famílias disfuncionais, evasão escolar, desemprego e baixa capacitação profissional contribuem para a manutenção de uma situação socioeconômica desfavorável, bem como para a alta prevalência do uso de cocaína e maconha pelas adolescentes grávidas e de transtornos psiquiátricos.

Outra pesquisa que corrobora com esses resultados, apontou que o uso de substâncias químicas, como maconha e álcool, apresenta uma correlação com o fenômeno da gravidez na adolescência, uma vez que em muitos casos, a experiência com drogas antecede a gravidez na adolescência. Desse modo, é mais frequente o uso de tais substâncias entre adolescentes que engravidaram se comparado a adolescentes que nunca engravidaram (CAVAZOS-REHG *et al.*, 2012).

Mais um estudo que corrobora com esses dados, foi desenvolvido com adolescentes grávidas usuárias de drogas no Reino Unido. Os resultados mostraram que as adolescentes tiveram uma experiência instável e abusiva ao longo da infância, sendo que metade delas tinham traficantes na família. Seus companheiros também eram traficantes e substancialmente mais velhos. 90% das adolescentes tinham história de automutilação (BARNES *et al.*, 2010).

Considerações Finais

A violência pode afetar todos os tipos de pessoas e nem mesmo as gestantes são poupadas. Esses dois fatores, tanto juntos como separados, são de grande preocupação, sendo que o Ministério da Saúde (2008) já considera a violência como uma epidemia silenciosa. Agravando a situação, é preciso pensar na drogadicção que também pode estar presente, acentuando ainda mais a vulnerabilidade da adolescente nessa fase.

Como foi descrito no decorrer do presente trabalho, muitas vezes esses três fatores estão correlacionados, sendo uma “consequência” do outro. Estudos demonstrados no texto, revelam que crianças e adolescentes que passaram por situação de violência podem ter o desenvolvimento prejudicado, por exemplo, com a iniciação sexual precoce, relação sexual com diversos parceiros e o não uso de métodos contraceptivos, ocasionando uma gestação precoce. Com relação à toxicodependência, também foi apresentado como ela pode ser uma consequência da violência, sendo que quanto mais nova for a criança vítima de violência, mais precocemente poderá ser o uso e abuso de substâncias químicas.

Unindo esses três fatores, pode-se também ser observado que a toxicodependência pode ser correlacionada com a gestação na adolescência, como demonstrado nos estudos, que a drogadicção é mais comum em adolescentes que engravidam do que naquelas que não engravidam. Além disso, pôde-se observar que muitas das adolescentes gestantes que faziam uso de substância química, sofreram alguma experiência instável e abusiva, ainda na infância.

A adolescência é uma fase de grandes mudanças e de muita relevância na construção da personalidade. Desta forma, esses três fatores - gravidez precoce, a toxicodependência e a violência doméstica - vivenciadas conjuntamente pela adolescente, não contribuem para o amadurecimento saudável nem da adolescente nem do bebê, devendo então ser foco de futuras pesquisas e de projetos de intervenção, com intuito de minimizar essa problemática.

Referências Bibliográficas

- BARBÓN PÉREZ, O.G. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Cienc. Enferm*, v. 17, n. 1, pp. 19-25, 2011. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf. Acesso em 14 de dezembro de 2011.
- BARNES, W.; ISMAIL, K.M.K.; CROME, I.B. Triply troubled: Criminal behaviour and mental health in a cohort of teenage pregnant substance misusers in treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 20, pp. 335–348, 2010.
- BLACK, M. M.; OBERLANDER, S.E.; LEWIS, T.; KNIGHT, E.D.; ZOLOTOR, A. J.; LITROWNIK A. J.; THOMPSON, R.; DUBOWITZ, H. & ENGLISH, D. E. Sexual intercourse among adolescents maltreated before age 12: a prospective investigation. *Pediatrics*, v. 124, n. 3, pp. 941-950, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS nº 5 –Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III*, Brasília/DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008

- _____, *Brasil acelera a redução de gravidez na adolescência*, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137> Acesso em 01/06/2012
- _____, *Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes*, 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/22/viva_2011.pdf> Acesso em 12/09/2013
- CAVAZOS-REHG, P. A.; KRAUSS, M.J.; SPITZNAGEL, E. L.; SCHOOTMAN, M.; COTTLER, L.B.; BIERUT, L.J. Brief report: Pregnant by age 15 years and substance use initiation among US adolescent girls. *Journal of Adolescence*, v. 35, pp. 1393-1397, 2012.
- FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H.; HAMBY, S. L. The Victimization of Children and Youth: A comprehensive National Survey. *Child Maltreatment*, v. 10, n.1, pp. 5-25, 2005.
- MITSUHIRO, S.S.; CHALEM, E.; BARROS, M. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 2, pp. 122-5, 2006.
- MORAN, P.B.; VUCHINICH, S.; HALL, N.K. Association between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, v. 28, pp. 565-574, 2004.
- NOVELLINO, M. S.F. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, pp. 299-318, 2011
- PAIXÃO, R. Perversão, Delinquência e Toxicodependência, 2002. Disponível em <<http://gaius.fpce.uc.pt/pessoais/rpaixao/reservada/8.htm>> Acesso em 09/09/2013
- PINTO JR., A.A. & TARDIVO, L.S.L.P.C. IFVD: Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: Vetor, 2010. p.87.
- PINTO JR., A.A.; VIEIRA, F.C.; SANTOS, M.R.; FRÓIS, N.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Vitimização e Violência: Atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados.
-

In: TARDIVO, L.S.L.P.C, & GIL, C.A. (Orgs.) *Apoiar: novas propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo. Savier, 2008. p. 513-522.

ROSENKRANZ, S.E.; MÜLLER, R.T.; HENDERSON, J.L. Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse & Neglect*, v. 36. pp. 438-448, 2012.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção*. Relatório Parcial Projeto de Pesquisa: Teste Piloto. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, **CNPq**, Brasil. 2012.

TARDIVO, L.S.L.P.C. *Adolescência e Sofrimento Emocional nos dias de Hoje*. São Paulo: Vetor, 2007. 165 p.

TRACTENBERG, S.G.; VIOLA, T.W.; ROSA, C.S.de O.; DONATI, J.M.; FRANCKE, I. D'A.; PEZZI, J.C.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de *crack*. *J Bras Psiquiatr*, v. 61, n.4, pp. 206-13, 2012.

UNICEF BRASIL. *Infância e adolescência no Brasil* [Internet] [citado 05 out. 2012]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>.

A VIOLÊNCIA NO CONTEXTO FAMILIAR: RELAÇÕES E TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL

Christiani Martins Rodrigues Tironi⁴²

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁴³

A Organização Mundial de Saúde – OMS – define a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente – VDCA –, como :

[...] todas as formas de tratamento físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002, p.59).

Apesar da definição da OMS caracterizar a VDCA nas diferentes manifestações e ampliar as consequências desse fenômeno para danos potenciais, além dos danos reais, o presente estudo se baseia na definição de Azevedo e Guerra (1997), visto que, além de ser considerado os aspectos da definição da OMS, também englobam os aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos que envolvem a multiderminação da VDCA, bem como levam em conta a condição da criança e do adolescente como sujeitos em desenvolvimento e a transgressão ocorrida na relação adulto cuidador/protetor e da

⁴² Psicóloga. Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social - Apoiar, na área de Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

⁴³ Psicóloga. Livre-Docente e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. Professora de Graduação e Pós-Graduação. Orientadora de Mestrado e Doutorado do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

criança; condição esta que qualifica a criança e ou adolescente sempre como vítima desse fenômeno e nunca como parte que “colabora” para o seu desencadeamento (TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; PINTO JÚNIOR; TARDIVO, 2006; PINTO JÚNIOR, 2005). Assim, a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente é definida como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO; GUERRA, 1995, p.36).

Vale ressaltar que a transgressão do poder/dever de proteção do adulto e a coisificação da criança ocorrem, pois há uma assimetria das relações intrafamiliares, onde o adulto se qualifica como o lado mais forte e a criança e, muitas vezes, a mulher são qualificadas e se qualificam como o lado submisso, manifestando assim uma relação desigual de gênero e de geração (TARDIVO, PINTO JÚNIOR; VIEIRA, 2012; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; PINTO JÚNIOR, VIEIRA, SANTOS, FRÓIS; TARDIVO, 2008, PINTO JR, 2005).

Não é possível explicar, baseado em um único fator, porque ocorre a violência, visto que este fenômeno seria o resultado de uma complexa interação entre fatores individuais, de relações interpessoais, sociais, culturais e ambientais. Especificamente, a violência doméstica contra crianças e adolescentes é um fenômeno universal e endêmico, portanto não característica da pobreza, como ainda é percebido pelo senso-comum (TARDIVO, 2013a, PINTO JÚNIOR; TARDIVO, 2013; TIRONI; COLACIQUE; TARDIVO, 2011, 2010; MAYER; KOLLER, 2012; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; AZEVEDO; GUERRA, 1995). Além do mais, a VDCA possui uma grande prevalência, é um fenômeno cíclico, por poder envolver várias gerações em sua reprodução, e possui como característica a reiteração

(TARDIVO; COLACIQUE, 2012; GARCIA-MARTÍNEZ, 2012; TARDIVO, PINTO JÚNIOR, 2010). E, por ser um fenômeno restrito ao nível do que é considerado privado, exige um pacto do silêncio por parte de todos os seus atores - adulto (os) agressor (es), criança e/ou adolescente vitimizados –, o que facilita a transgressão do poder disciplinador do adulto, podendo este negar ou negligenciar as necessidades e direitos das crianças e dos adolescentes. Colocando-os, assim, numa posição de mero objeto dos desejos dos adultos, que deveriam ser seus cuidadores (PINTO JÚNIOR, 2011).

Como modalidades de VDCA, Azevedo e Guerra (2000) descrevem a Violência Física, Sexual, Psicológica, Negligência e Violência Fatal. Sendo que, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) caracteriza como modalidades da VDCA a Violência Física, Sexual, Psicológica e Negligência.

A Violência Física seria toda ação que causa a dor física em uma criança (PINTO JÚNIOR; TARDIVO, 2013; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; AZEVEDO; GUERRA, 1995). Assim, a partir dessa definição, os autores citados, enfatizam a continuidade existente entre um simples tapa e o espancamento fatal, visto que, mesmo esses dois extremos, seriam o reflexo da inabilidade dos pais em resolver conflitos senão pela violência.

A violência física seria considerada o tipo de violência mais comum e a mais fácil para sua detecção por estar relacionada a alguma forma de punição ou disciplina. De acordo com Colacique e Tardivo (2012), com relação a esse tipo de violência, são as mães que mais vitimizam crianças e adolescentes no lar e, como a violência física pode ser justificada como uma atitude disciplinar, causa grande confusão entre o que seria amor e a dor; o ódio e a submissão (TARDIVO, 2013a; MAYER; KOLLER, 2012).

Já a Violência Sexual é definida como:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos que tenha para com ela [criança] uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular

sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou a de outra pessoa (AZEVEDO; GUERRA, 1997b, p.8).

De acordo com Tardivo e Pinto Júnior (2010), Pinto Júnior, Vieira, Santos, Fróis e Tardivo (2008) e Pinto Júnior (2005), a violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes ocorre com mais frequência em famílias que possuem tanto a sua dinâmica como a sua estrutura afetadas, podendo-se perceber uma alteração das funções e papéis parentais, que transgridem as normas culturais e legais, como é o caso do tabu do incesto. Os autores ressaltam que, são atribuídas às figuras parentais uma autoridade com relação à educação, proteção e formação da criança que, por ter sido naturalizada historicamente, tornou-se inquestionável tanto para a sociedade como para as próprias crianças. Além do mais, em termos de desenvolvimento psicológico, os pais se constituem como as primeiras e mais fortes figuras de referência para seus filhos. Assim, ao considerarmos que, dentro dessas famílias,

“as interações de seus membros, consciente ou inconscientemente, caracterizam-se por posturas manipuladoras dos adultos diante das crianças/adolescentes, constituindo-se dessa forma, padrões de relacionamentos presentes em famílias abusivas” (PINTO JÚNIOR, 2005, p.36-7),

Os modelos de relações construídos por essas crianças estariam embasados nos componentes de uma prática incestuosa, ou seja, em “[...] modos de comunicação com tonalidades, entonações, gestos e expressões erotizadas [...]” (Ibid, p.38). A criança, ao buscar proteção, afeto e a supressão de suas necessidades, enquanto um indivíduo em desenvolvimento, receberia, como resposta, comportamentos erotizados de uma figura de proteção – mais comumente o pai - e/ou o silêncio e a cumplicidade da outra pessoa que também deveria protegê-la e teria meios de interditar essa transgressão – ou seja, a mãe (TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; PINTO JÚNIOR, VIEIRA, SANTOS, FRÓIS; TARDIVO, 2008).

Sobre a Violência Psicológica, Vagostello (2007) considera como sendo qualquer ação de um adulto que possa resultar em sofrimento psicológico ou emocional à criança.

Azevedo e Guerra a definem como,

Também designada como tortura psicológica, ocorre quando pais ou responsáveis constantemente depreciam a criança, bloqueiam seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental (AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.34).

A Violência Psicológica pode se manifestar por meio de cinco tipos de comportamentos parentais: rejeição, isolamento, ataques verbais (ou terrorismo), ignorar (privando a criança de estimulação) e corrupção. Todos esses comportamentos acarretariam, para a criança, o desenvolvimento de padrões de sociabilidade inadequados e pouco aceitos; incapacidade de aprendizagem e de construir relações interpessoais satisfatórias; comportamentos e sentimentos não-sintônicos com a situação vivida e tida por outras pessoas como uma situação normal, cotidiana; comportamento depressivo e tendência ao desenvolvimento de sintomas psicossomáticos (MAYER; KOLLER, 2012; VAGOSTELLO, 2007).

Já a Negligência, segundo Colombo e Agosta (2005), Mayer e Koller (2012), Tironi, Colacique e Tardivo (2011, 2010), seria caracterizada como o abandono parcial ou total da criança e do adolescente, por parte de seus responsáveis, e pode se configurar como: o não suprimento de necessidades básicas, a não supervisão e garantia da segurança e dos cuidados básicos necessários ao bom desenvolvimento da criança e do adolescente. Os autores ressaltam que a negligência não pode ser confundida com privações associadas às condições socioeconômicas de uma família.

Por fim, a Violência Fatal é definida por Azevedo e Guerra como:

Atos e/ou omissões praticados por pais, parentes ou responsáveis em relação a crianças e/ou adolescentes que – sendo capazes de causar-lhes dano físico, sexual e/ou psicológico – podem ser considerados condicionantes (únicos ou não) de sua morte. (AZEVEDO; GUERRA, 1998, p.177).

Desse modo, pode-se perceber que, a violência doméstica contra crianças e adolescentes, na sociedade atual, vem se mostrando como um grande fator de risco para o desenvolvimento de suas vítimas, principalmente por ocorrer dentro do seu primeiro sistema de relações interpessoais – sua família –, podendo ser relacionada ao aumento da probabilidade de comprometimento físico, emocional e comportamental, pois acarretaria consequências negativas para a saúde global dessas crianças e adolescentes (TARDIVO, 2013b; TIRONI, TARDIVO; COLOMBO, 2013; TARDIVO, PINTO JÚNIOR; VIEIRA, 2012; TARDIVO; COLACIQUE, 2012; MAYER; KOLLER, 2012; TARDIVO, 2011; SACHS-ERICSSON, MEDLEY; KENDALL-TACKETT, 2011; PINTO JÚNIOR, 2011, TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010).

Estudos realizados na Argentina (COLOMBO, 2009; AGOSTA, BARILARI; COLOMBO, 2005; COLOMBO; AGOSTA, 2005; BARILARI; AGOSTA; COLOMBO, 2000), com o objetivo de criar uma bateria diagnóstica para avaliar crianças e adolescentes suspeitos de terem sofrido violência doméstica, sendo alguns replicados e ampliados no Brasil para a validação dos instrumentos (TARDIVO, 2013a; PINTO JÚNIOR; TARDIVO, 2013; TIRONI, TARDIVO; COLOMBO, 2013; TIRONI, TARDIVO; COLACIQUE, 2012; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; VAGOSTELLO, 2007), tem demonstrado que crianças vitimizadas sofreram danos psíquicos, de adaptação e dificuldades no desenvolvimento pessoal.

Para se compreender o tipo de dano psíquico, é preciso saber o momento no desenvolvimento da criança em que ocorreu a situação de trauma, além de compreender o próprio conceito de trauma psíquico. Assim, de acordo com Colombo e Agosta (2005), o trauma psíquico estaria relacionado com uma situação vivida pela criança para a qual a mesma ainda não possui recursos internos para suportar a situação (uma superestimulação, que gera um excesso de tensão).

Garcia-Martínez (2012) relata como principais características das vítimas de violência interpessoal, onde a violência contra a mulher e a violência contra a criança e o adolescente se inserem: a perda de autoestima, a sensação constante de que o ambiente é ameaçador e o sentimento de culpa pela violência sofrida. Esse tipo de

violência afetaria a identidade do indivíduo, sua capacidade de entender o mundo e a vida.

De maneira geral, a vivência da violência doméstica por crianças teria o potencial de bloquear o seu desenvolvimento, gerando um crescimento deficiente, o que acarretaria em transtornos de comportamento, cognitivos, físicos, sociais e afetivos (TARDIVO, 2011). Além do mais, a autora ressalta que as crianças vitimizadas possuem um maior risco de desenvolverem problemas emocionais e de comportamentos e de sofrerem outros tipos de adversidade em suas vidas.

Com relação ao impacto da violência doméstica na subjetividade de crianças e adolescentes vitimizados, Tardivo (2011) e Tardivo, Pinto Júnior e Vieira (2012), em estudos realizados com o Teste das Fábulas de Düss e o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A), constataram que crianças e adolescentes vítimas de violência vêm suas figuras parentais como ausentes e ameaçadoras, possuem uma sensação de abandono, depressão e ansiedade paranoide, falta de mecanismos de defesa adaptativos e um sentimento de incapacidade. Além do mais, a vitimização não permitiria que a criança se sinta aceita ou compreendida, acarretando em importantes prejuízos nos seus aspectos afetivos – emocionais e psicodinâmicos -, o ambiente e as pessoas são percebidas de forma negativa, o que reflete sérios problemas na qualidade de suas relações objetais. Esses indivíduos não se sentem capazes para lidar com os estímulos internos e externos e vivenciam sentimentos de ansiedade intensos.

Colombo e Agosta (2005), em seu estudo com a Hora de Jogo Diagnóstica, perceberam que crianças vítimas de violência doméstica apresentaram, entre outros indicadores, atos violentos resultantes em uma catarse, hipervigilância, medo, condutas autodestrutivas, anestesia emocional, dificuldade de confiar no outro, extrema susceptibilidade, vulnerabilidade e desproteção, sentimentos de estigmatização, desesperança, culpa, pensamento regressivo, percepção totalizante, distorções cognitivas, pensamento mais egocêntrico e confuso a partir do segredo. Possuem uma imagem de si mesmos e de seu entorno distorcida, deteriorada, onde o mundo é hostil e perigoso.

Ethier e Milot (2009) relatam que vários estudos conseguiram elucidar que adolescentes que sofreram algum tipo de violência doméstica apresentam uma maior possibilidade de cometerem atos violentos (inclusive enquanto agressores) e/ou serem vítimas em seus novos relacionamentos – como é o caso da família abusiva, onde ocorre a Violência contra a Mulher. Assim, a Violência contra a Mulher pode ser explicada como um continuum no tipo de relação abusiva vivida na infância. Isso porque, além da VDCA possuir uma grande prevalência, é um fenômeno cíclico, o que a torna transgeracional, ou seja, se reproduz por várias gerações de uma mesma família (MANDELA apud MOTTA, 2003).

Nesse sentido, Mandela (apud Motta, 2003) relata que a única forma de se combater a violência doméstica seria interromper o seu ciclo de reprodução, ou seja, não permitindo que ela seja transmitida para a próxima geração. E, para tanto se torna de extrema importância à intervenção multidisciplinar no combate e prevenção desse fenômeno ainda tão presente em nossa sociedade.

Porém, o seu combate encontra dificuldades visto que o fenômeno violência doméstica, por estar envolto por concepções ideológicas que legitimam a sua ocorrência, possuem mecanismos próprios que dificultam a sua detecção, como é o caso do pacto do silêncio, o que restringe a ocorrência da violência ao ambiente familiar (TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010).

Para Garcia-Martínez (2012), ao estudar violência social ou interpessoal – na qual a Violência Doméstica se insere -, é possível identificar quatro tipos de mecanismos de legitimização desse tipo de violência:

[...] a invisibilidade ou tendência a considerar o fenômeno inexistente socialmente, a naturalização ou aceitação da irremediabilidade do fenômeno, a insensibilização ou a provocação progressiva de uma falta de reação ante o fenômeno e o encobrimento ou

ocultação voluntária para preservar o prestígio social⁴⁴.

(GARCIA-MARTÍNEZ, 2012, p.98, tradução nossa).

Além do mais a violência interpessoal é um tipo de violência difícil de ser medida por ser uma violência invisível, visto que possui um índice baixo de mortalidade. Assim, ainda de acordo com Garcia-Martínez (2012), a problemática da VDCA incide muito mais na qualidade de vida das vítimas, afinal seus efeitos recaem sobre sua saúde física e/ou psicológica.

Como uma das características da violência doméstica é a reiteração (GARCIA-MARTÍNEZ, 2012; TARDIVO; COLACIQUE, 2012), a vitimização afetaria a perspectiva que a vítima tem sobre si mesma e, como os mecanismos de manutenção da violência configuram-se em ciclos, também acarretaria com o seu isolamento. Desse modo, a vítima passa a adquirir, como único parâmetro, a perspectiva da violência sofrida, como se esta fosse a única realidade possível de ser vivenciada. Além do mais, como cada indivíduo vivencia essa experiência de um modo diferenciado, torna-se necessário uma análise particularizada de como a vítima significa seu mundo, o agressor e a própria situação de vitimização.

Nesse sentido, o que se percebe na dinâmica de uma família abusiva é a dificuldade em romper com a violência vivida pelo fato das próprias consequências psicológica desse fenômeno dificultar a discriminação do que é vivido como violência (dissociação, o mundo é hostil e perigoso), não compreender qual tipo de relação deve se estabelecer entre marido/mulher; pais/filhos (transgressão dos papéis familiares, coisificação do outro, hierarquização entre os papéis de abusador e vítimas), bem como pelo fato da vítima se sentir culpada pelo que vive (mecanismos ideológicos; baixa autoestima, distorções perceptivas de si mesmo e do ambiente, adoção das concepções do agressor).

Assim, qualquer enfrentamento da Violência Doméstica contra a Mulher, também implica e intui o enfrentamento da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Isto é,

⁴⁴ “[...] la invisibilización o tendencia a considerar el fenómeno inexistente socialmente, la naturalización o aceptación de la irremediabilidad del fenómeno, la insensibilización o provocación progresiva de una falta de reacción ante el fenómeno por acomodación o habituación y el encubrimiento u ocultación voluntaria para preservar el prestigio social”. (GARCIA-MARTÍNEZ, 2012, p.98).

a presença de qualquer modalidade de violência nas relações familiares denota um padrão de relacionamento, onde a violência se estabelece como modo de resolver conflitos, como modo de receber e dar afeto e como modo de comunicação.

Nesse sentido, para combater a violência doméstica seria preciso possibilitar a modificação dessa realidade interna adquirida, como consequência de uma infância vitimizada e perpetuada para a vida adulta. Para interromper a passagem da violência doméstica para a próxima geração, ou seja, interromper o seu ciclo transgeracional, tanto como violência contra a criança e o adolescente, como violência contra a Mulher, é necessário modificar a dinâmica de uma família abusiva, permitindo que novas possibilidades de relações sejam percebidas e almejadas.

REFERÊNCIAS

- AGOSTA,C.B.; BALILARI, Z.; COLOMBO, R.I. Abuso y Maltrato Infantil: Inventario de Frases Revisado (IFR). Buenos Aires: Cauquen Editora, 2005.
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V.A. A Violência Doméstica na Infância e na Adolescência. São Paulo, SP: Robe Editorial, 1995. (Série Encontros com a Psicologia).
- _____. Infância e Violência Doméstica – módulo 1A/B. São Paulo, SP: LACRI, IPUSP, 1997a.
- _____. Infância e Violência Doméstica – módulo 3A/B. São Paulo, SP: LACRI, IPUSP, 1997b.
- _____. A Infância e Violência Fatal em Família. São Paulo, SP: Iglu Editora, 1998.
- _____. Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo, SP: Editora Cortez, 2000.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Violência Psicológica: vozes da juventude. São Paulo, SP: IEditora, 2001.
- BARILARI, Z.; AGOSTA, C.B.; COLOMBO, R.I. Indicadores de Abuso y Maltrato Infantil en La Prueba Gráfica “Persona Bajo de la Lluva”. Buenos Aires: Sainte Claire, 2000.
- BRASIL. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acessado em 15de abril de 2013.
-

- COLOMBO, R.I. Juego de Interrelaciones Familiares: aplicación clínica y em evaluación. 2º Edición. Vicente López: Cauquen Editora, 2009.
- COLOMBO, R.I.; AGOSTA, C.B. Abuso y Maltrato Infantil: Hora de Juego Diagnóstica. 2º Edición. Buenos Aires: Cauquen Editora, 2005.
- ETHIER, L. S. & MILOT, T. Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence*. 57(2009) 136-145.
- GARCIA-MARTÍNEZ, J. Construcción de la Violência Social: técnicas cualitativas para entender el mundo de las víctimas. In.: TARDIVO, L.S.L.P.C.; VAISBERG, T.M.J.A (Org.). *Anais da X Jornada APOIAR: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 Anos: o percurso e o futuro*. São Paulo, SP: IP/USP, 2012, pp.96-107
- MAYER, L.R.; KOLLER, S.H. Rede de Apoio Social e Representação Mental das Relações de Apego de Crianças Vítimas de Violência Doméstica. In.: HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. (Org.). *Violência contra Crianças e Adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012, pp.18-32.
- MOTTA, E. M. A. Naturalização da Violência contra a criança. In.: GONÇALVES, H. S. *Infância e Violência no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ.: NAU Editora/FAPERJ, 2003, pp. 11-33.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial Sobre a Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.
- PINTO JÚNIOR, A.A. O Lúdico na Avaliação Psicológica de Crianças Vítimas de Violência Doméstica. *Anais do Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico*, v.2,n.2 (2011). Disponível em: <<http://psi21.com.br/ojs/index.php/CBL/article/viewFile/107/107>>, acessado em 20/08/2013.
- _____. *Violência Sexual Doméstica contra Meninos: um estudo fenomenológico*. 1ª ed. São Paulo, SP: Vetor Editora, 2005.
- PINTO JUNIOR, A.A.; TARDIVO, L.S.L.P.C. O Inventário de Frases na Avaliação de Crianças e Adolescentes Vitimizados no interior do Estado do Rio de Janeiro. In: VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica/ IX Congresso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2013, Maceió. *Anais do VI Congresso Brasileiro*

de Avaliação Psicológica & IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2013. v.1

_____. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: definição e caracterização do fenômeno. In.: TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.). Anais da IV Jornada APOIAR. – São Paulo, IPUSP: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social, 2006.

PINTO JÚNIOR, A.A.; VIEIRA, F.C.; SANTOS, M.R.; FRÓIS, N.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Vitimização e Violência – atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados. In.: TARDIVO, L.S.P.C. & GIL, C.A. (org.). APOIAR: novas propostas em psicologia clínica. São Paulo, SP: SARVIER, 2008, pp.513-522.

SACHS-ERICSSON, N.; MEDLEY, A.; KENDALL-TACKETT, K. Childhood Abuse and Current Health Problems Among Older Adults: the mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, Vol.1, nº2, 2011, 106-120.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Identificação e Efeitos da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Validação de um Inventário de Frases. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, v. 2, p. 160-192, 2013a

_____. O Procedimento de Desenhos-Estórias na Expressão e na Compreensão de Vivências Emocionais. In.: TRINCA, W. (org.). Formas Compreensivas de investigação Psicológica: procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. São Paulo, SP: Vetor Editora, 2013b, pp.145-168.

_____. Investigações e Intervenção no Contexto da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: Proposta do Apoioar. In: TARDIVO, L.S.P.C (org.). Anais da IX Jornada Apoioar: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal. São Paulo, SP: IPUSP, 2011. pp.41-58.

TARDIVO, L.S.L.P.C; COLACIQUE, M.A.M. O Procedimento de Desenhos-Estória no Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo de Irmãos Abrigados. In.: AMPARO, D.M.; OKONI, E.T.K.; OSÓRIO, F.L.; HISATUGO, C.L.; TAVARES, M. (Org.): Métodos Projetivos e Avaliação Psicológica: atualizações, avanços e perspectivas. C749L Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (6:2012:Brasília, DF), pp-232-240. Disponível em <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/MetodosProjetiv-AvaliacPsi.pdf>, acessado em 19/09/2013.

- TARDIVO, L. S. L. P. C. ; PINTO JUNIOR, A.A. . Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda., 2010. v. 1. 88p.
- TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A. A.; VIEIRA, F. C. Avaliação Psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de düss. Revista de la Asociación Latinoamericana de Rorschach, v. 10, p. 15-40, 2012.
- TIRONI, C. M. R.; COLACIQUE, M. A. M.; TARDIVO, L. C. . O Brincar de uma Criança Abrigada por Negligência no Processo Psicoterapêutico. In: IX Jornada Apoiar- Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências- Brasil, Argentina, Chile e Portugal, 2011, São Paulo. Anais da IX Jornada Apoiar- Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências- Brasil, Argentina, Chile e Portugal. São Paulo: IPUSP, 2011a. pp. 347-357.
- _____. As Relações entre Negligência e Tendência Anti-Social: Dificuldades no Processo Psicoterapêutico. In: VII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e Propostas, 2010, São Paulo. VIII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina - Reflexões e Propostas. São Paulo: IPUS, 2010, pp.95-106.
- TIRONI, C.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C; COLACIQUE, M.AM. Jogo das Relações Intrafamiliares: apresentação de uma técnica lúdica para crianças vítimas de violência doméstica. Resumos de comunicações científicas apresentadas na 42ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia e VIII Congresso Iberoamericano de Psicologia, São Paulo, outubro 2012.
- TIRONI, C.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C; COLOMBO, R.I. Juego de Interrelaciones Familiares con niños víctimas de violencia doméstica em Brasil y Argentina: una comparación. In: Libro de Trabajos del XVII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XXIV Jornadas Nacionales de ADEIP: El Diagnóstico Psicológico en la Actualidad – subjetividades, contextos e instrumentos. Buenos Aires, Argentina, 2013.
- VAGOSTELLO, L. O Emprego da Técnica do Desenho da Pessoa na Chuva: contribuição ao estudo psicológico de crianças vítimas de violência doméstica. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica, 2007.
-

**O JOGO DAS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA APRESENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.**

Erick Hideki Toledo⁴⁵

Christiani Martins Rodrigues Tironi⁴⁶

Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo⁴⁷

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever o Jogo das Relações Intrafamiliares – JRI, seus aspectos teórico-metodológicos e suas possibilidades na avaliação e intervenção com crianças pequenas vítimas de violência doméstica. O JRI, desenvolvido por pesquisadoras argentinas como uma variação do Teste de Desenho da Família, consiste em um quebra-cabeça onde as peças representam figuras parentais. Permite a avaliação das relações familiares e os laços de parentesco de crianças vítimas de violência doméstica. Além do mais, pode se caracterizar como um mediador entre a criança e o psicólogo que possua dificuldades em se expressar por meio de desenhos e/ou de falar sobre a situação traumática vivida, como é o caso de crianças pequenas e/ou crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, visto que estas possuem uma grande resistência para falarem de suas relações familiares, que se configuram no cenário da violência sofrida.

⁴⁵ Aluno de graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Bolsista da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP.

⁴⁶ Psicóloga. Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social - Apoiar, na área de Violência. Bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

⁴⁷ Psicóloga. Livre-Docente e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. Professora de Graduação e Pós-Graduação. Orientadora de Mestrado e Doutorado do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho é um recorte de uma Pesquisa de Doutorado⁴⁸ e um Projeto de Fomento aprovado pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP ⁴⁹.

Os dois estudos abrangem à Primeira Infância (crianças de zero a seis anos) em situação de Violência Doméstica e empregam como instrumento o Jogo das Relações Intrafamiliares, ainda inédito no Brasil, desenvolvido pela Psicóloga argentina, a Profa Dra Rosa Inês Colombo (2009).

Desse modo, o objetivo do presente estudo consiste em descrever o Jogo das Relações Intrafamiliares e seus aspectos teórico-metodológicos e suas possibilidades na avaliação e intervenção com crianças pequenas vítimas de violência doméstica. Visto que a Primeira Infância (zero a seis anos) constitui um período decisivo na formação da personalidade, da inteligência, das relações sociais, dos aspectos emocionais e pesquisas nacionais e internacionais demonstram que a experiência de violência em suas diferentes formas (física, sexual, negligência, psicológica) tem efeitos devastadores em qualquer época da vida, mas são mais graves nesses primeiros anos. Assim, torna-se de extrema importância o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem à criança pequena e/ou vítima de violência doméstica entrarem em contato com a angústia, medo e ansiedade que envolvem a situação traumática vivida.

⁴⁸ de Chritiani Tironi junto ao Programa de Pós Graduação do Instituto de Psicologia da USP , sob a orientação da Professora Leila Tardivo. A pesquisa de doutorado, iniciada em 2011 e ainda em fase de conclusão, tem como objetivo apresentar o procedimento Jogo das Relações Intrafamiliares e analisar o seu potencial no estudo dos vínculos de crianças, entre quatro e seis anos, negligenciadas.

⁴⁹ O Projeto de Fomento denominado “Indicadores de Violência Intrafamiliar em Crianças de quatro a seis anos de idade: o emprego do Jogo de Relações Intrafamiliares e bases para prevenção”, desenvolvido pelo estudante de graduação Erick Hideki Toledo , orientado Professora Leila Tardivo, tem como objetivo principal identificar indicadores emocionais de violência intrafamiliar em crianças de quatro a seis anos de idade, a partir do Jogo das Relações Intrafamiliares, e propor medidas preventivas e interventivas.

A Violência Doméstica Contra a Criança e a Adolescência: Um Fator de Risco para o Desenvolvimento Emocional.

A Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente pode ser definida como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO; GUERRA, 1995, p.36).

Para Tardivo (2013a); Tardivo, Pinto Júnior e Vieira (2012), Tardivo e Colacique (2012), Souza, V. e Tardivo (2012), Pinto Júnior (2011) e Tardivo e Pinto Júnior (2010), a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente – VDCA - caracteriza-se como um fenômeno que ocorre em um espaço privado (família), ou seja, na esfera micropolítica, e também no âmbito macropolítico, como um problema social de gênero e geração. Desse modo, torna-se de fundamental importância não deter-se a uma visão reducionista do fenômeno, sendo necessário considerar, como pressuposto epistemológico, que a Violência Doméstica é decorrente da interação de vários fatores socioeconômicos, culturais e psicológicas das pessoas envolvidas (agressores e vítimas).

Como modalidades de VDCA, Azevedo e Guerra (2000) descrevem a Violência Física, Sexual, Psicológica, Negligência e Violência Fatal. Sendo que, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) caracteriza como modalidades da VDCA a Violência Física, Sexual, Psicológica e Negligência. Em qualquer uma de suas modalidades, a VDCA configura-se como um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes (TARDIVO, 2013a; TIRONI, TARDIVO; COLOMBO, 2013; TARDIVO, PINTO JÚNIOR; VIEIRA, 2012; TARDIVO; COLACIQUE, 2012).

Estudos realizados na Argentina (COLOMBO, 2009; AGOSTA, BARILARI; COLOMBO, 2005; COLOMBO; AGOSTA, 2005; BARILARI; AGOSTA; COLOMBO, 2000), com o objetivo de criar uma bateria diagnóstica para avaliar crianças e adolescentes suspeitos de terem sofrido violência doméstica, sendo alguns replicados e ampliados no Brasil para a validação dos instrumentos (TARDIVO, 2013a; PINTO JÚNIOR; TARDIVO, 2013; TIRONI, TARDIVO; COLOMBO, 2013; TIRONI, TARDIVO; COLACIQUE, 2012; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; VAGOSTELLO, PINTO JÚNIOR, ESTEVES; TARDIVO, 2007; VAGOSTELLO, 2007), tem demonstrado que crianças vitimizadas sofreram danos psíquicos, de adaptação e dificuldades no desenvolvimento pessoal.

De maneira geral, a vivência da violência doméstica por crianças teria o potencial de bloquear o seu desenvolvimento, gerando um crescimento deficiente, o que acarretaria em transtornos de comportamento, cognitivos, físicos, sociais e afetivos (TARDIVO, 2011). Além do mais, a autora ressalta que as crianças vitimizadas possuem um maior risco de desenvolverem problemas emocionais e de comportamentos e de sofreram outros tipos de adversidade em suas vidas.

Com relação ao impacto da violência doméstica na subjetividade de crianças e adolescentes vitimizados, Tardivo (2011) e Tardivo, Pinto Júnior e Vieira (2012), em estudos realizados com o Teste das Fábulas de Düss e o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A), constataram que crianças e adolescentes vítimas de violência vêm suas figuras parentais como ausentes e ameaçadoras, possuem uma sensação de abandono, depressão e ansiedade paranoide, falta de mecanismos de defesa adaptativos e um sentimento de incapacidade. Além do mais, a vitimização não permitiria que a criança se sinta aceita ou compreendida, acarretando em importantes prejuízos nos seus aspectos afetivos – emocionais e psicodinâmicos -, o ambiente e as pessoas são percebidas de forma negativa, o que reflete sérios problemas na qualidade de suas relações objetais. Esses indivíduos não se sentem capazes para lidar com os estímulos internos e externos e vivenciam sentimentos de ansiedade intensos.

Colombo e Agosta (2005), em seu estudo com a Hora de Jogo Diagnóstica, perceberam que crianças vítimas de violência doméstica apresentaram, entre outros indicadores, atos violentos resultantes em uma catarse, hipervigilância, medo, condutas

autodestrutivas, anestesia emocional, dificuldade de confiar no outro, extrema susceptibilidade, vulnerabilidade e desproteção, sentimentos de estigmatização, desesperança, culpa, pensamento regressivo, percepção totalizante, distorções cognitivas, pensamento mais egocêntrico e confuso a partir do segredo. Possuem uma imagem de si mesmos e de seu entorno distorcida, deteriorada, onde o mundo é hostil e perigoso.

Segundo Tardivo (2013b, 2012), a prevalência de hostilidade em direção aos objetos internos e contra a capacidade de pensamento, união e integração - como se apresenta em crianças vítimas de violência doméstica - manifestam-se nos testes projetivos para diferentes níveis de falhas de integração, evidenciados por desarticulação, degradação, empobrecimento, estereotipia e falta de vitalidade. Por tanto, suas produções são pouco harmoniosas, com falta de vinculação e sentido.

O Jogo das Relações Intrafamiliares - JRI

Pequisa e estudos mostram que a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente (VDCA) gera impossibilidades e adversidades ao desenvolvimento saudável de uma criança vitimizada (TARDIVO, 2013b; TARDIVO, 2011; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; COLOMBO; AGOSTA, 2005; COLOMBO, 2009). No caso de atendimento psicoterápico ou do processo psicodiagnóstico dessas crianças, é necessário desenvolver técnicas e procedimentos que facilitem a comunicação, visto que, em todos os tipos de situações que geram sofrimento humano e, de maneira mais urgente, nos casos de Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, “[...] o sofrimento não é só objeto a ser estudado, mas, sobretudo, [uma] problemática que pede ação clínica [...]” (SOUZA, M.; COLACIQUE; TARDIVO, 2012, p.58).

Assim, a Psicologia, enquanto um campo de pesquisa e intervenção clínica, pode contribuir à medida que desenvolve instrumentos e procedimentos que auxiliam no desvelamento de angústias, sentimentos ou conflitos que o paciente não consegue apresentar por meio da linguagem verbal (TARDIVO, 2011; PINTO JÚNIOR, 2011; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010). Esses instrumentos podem ser utilizados como mediadores pela criança como um modo de expressar, de maneira indireta, o que

vivenciam internamente e que, muitas vezes, é impossível colocar em palavras.

Há anos autores e pesquisadores da Psicologia, em especial, que se baseiam e desenvolvem a Psicanálise, reconhecem a importância do brincar como forma de comunicação da criança de aspectos sadios ou não de seu desenvolvimento emocional. Visto que, o brincar seria a forma de expressão da criança, do mesmo modo que o adulto se utiliza da linguagem verbal (TARDIVO, 2012; ABERASTURY, 1982).

Assim, a Hora de Jogo Diagnóstica, também conhecida como Ludodiagnóstico, “[...] é um instrumento de investigação clínica no qual, por meio da utilização de brinquedos, estruturados ou não, o profissional procura estabelecer um vínculo terapêutico com a criança, visando ao diagnóstico de sua personalidade” (AFFONSO, 2012, p.11).

Esta concepção, elaborada mais profundamente a partir da obra de Melaine Klein, permite que o atendimento psicoterápico de crianças possa se centrar no brincar como uma maneira tanto de compreender os seus processos psicodinâmicos, como de intervenção psicológica. Isto porque, o brincar seria veículo de expressão do mundo mental da criança, dos seus conflitos, bem como o meio para a sua elaboração (TARDIVO, 2012). Tais características configuram a brincadeira como uma atividade “plena de sentido” (ABERASTURY, 1982).

De acordo com Aberastury (1982), o brincar também teria a função de elaboração das situações excessivas para o ego – ou seja, de situações traumáticas, como seria o caso da vivência da violência doméstica pela criança -, cumprindo uma função catártica e de assimilação, por meio da repetição dos fatos cotidianos e das trocas de papéis como, por exemplo, viver na brincadeira de modo ativo aquilo que sofreu na realidade de maneira passiva.

Winnicott (1975) ressalta que o modo como se estabelece o brincar de uma criança, o qual seria um indicador do seu desenvolvimento emocional, bem como do seu sentimento de ser. Assim, a capacidade do brincar estaria intimamente relacionada com o tipo de relação que se estabeleceu entre o bebê e a sua mãe. Ou seja, o brincar possui um lugar que seria uma área intermediária entre o interno e o e o externo, denominado, pelo autor, como Espaço Potencial; que se localiza entre a mãe e o bebê. Assim, ao analisar diferentes modos de brincar de diversas crianças (WINNICOTT, 1936), o autor

ênfatiza que, dentro daquilo de poderia ser classificado como “normal”, haveria o brincar que seria uma dramatização de seu mundo interno, vivido como uma atividade prazerosa. O outro extremo dessa manifestação seria o brincar como uma maneira de negação desse mundo interno; o que não seria vivido como prazeroso, mas de modo compulsivo, exaltado, conduzido pela ansiedade; centrado mais numa exploração sensorial do que na alegria que deveria estar presente nesta atividade.

Nesse sentido, o Jogo das Relações Intrafamiliares (*Juego de Interrelaciones Familiares*), elaborado por Rosa Inês Colombo (2009), é o resultado de uma pesquisa realizada na cidade de Buenos Aires, Argentina, com o objetivo de elaborar um procedimento, enquanto uma variação do Teste do Desenho da Família, que auxiliasse na avaliação das relações vinculares ou de parentesco. Esse novo procedimento deveria atender o interesse e a capacidade de crianças pequenas ou com limitações cognitivas e/ou afetivas que encontrassem dificuldades na realização do Desenho da Família, enquanto uma técnica gráfica projetiva. Desse modo, o Jogo das Relações Intrafamiliares (JRI) configurou-se como um mediador onde a criança pudesse se sentir mais confortável para revelar seus conflitos e angústias.

O Jogo das Relações Intrafamiliares se baseia no Teste do Desenho da Família, o qual de acordo com Corman (1979) permite que a criança projete suas tendências recalcadas em seu inconsciente, podendo assim revelar os seus sentimentos sobre os membros de sua família e como a própria criança se sente na dinâmica familiar, seus temores, desejos, suas identificações e repulsas. Trinca (2013) também traz relevantes contribuições acerca das possibilidades de expressão de vivências, representações e conflitos da criança com respeito à família, ao descrever o Desenho de Família com Estórias, procedimento clínico derivado do Procedimento de Desenhos Estórias.

Porém, ao levar-se em conta que algumas crianças, mediante a solicitação para se fazer um desenho, expressam grande dificuldade ou mesmo impossibilidades, essa grande via de expressão projetiva torna-se pouco eficaz nesses casos. Além do mais, quando se trata de crianças vítimas de violência doméstica, a essas dificuldades, soma-se o fato de que possuem uma grande resistência para falar de suas relações familiares, onde muitas vezes se configuram como o cenário da violência sofrida (TARDIVO, 2011;

PINTO JÚNIOR, 2011; TARDIVO; PINTO JÚNIOR, 2010; COLOMBO, 2009).

Assim, o Jogo das Relações Intrafamiliares (JIF), um jogo de quebra-cabeças, se apresenta como um instrumento mediador que permite às crianças, que apresentam alguma das dificuldades mencionadas acima, entrar em contato com questões internas que permeiam suas relações familiares.

Ao se comparar o Teste do Desenho da Família com o Jogo das Relações Intrafamiliares – JRI - (COLOMBO, 2009), percebe-se que o desenho, enquanto veículo de projeção, depois de finalizado, mantêm-se estático e com poucas possibilidades de ser modificado. Em contrapartida, o JRI permite o movimento visto que, mesmo depois de finalizada a construção da família, a criança pode modificá-la quantas vezes achar necessário, atribuindo diferentes significações. Essa flexibilidade, dentro do contexto clínico, propicia novos diálogos e interpretações.

Tardivo (2013b), ao discutir a importância do desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias (TRINCA, 2013), ressalta que há um predomínio de instrumentos que visam uma avaliação horizontal da personalidade, ou seja, uma avaliação que busca compreender os aspectos e as funções psicológicas, dando ênfase aos tributos da personalidade de um indivíduo de maneira geral.

Nesse sentido, o Jogo das Relações Intrafamiliares (COLOMBO, 2009), assim como o Procedimento de Desenhos-Estórias, visa uma compreensão e exploração do inconsciente do tipo vertical (TARDIVO, 2013b). Visto que, o JRI está relacionado especificamente a uma queixa – Violência Doméstica Sofrida - e aos sintomas e características psicodinâmicas da criança, relacionados com essa realidade sofrida.

O JRI consiste em um jogo de encaixe, com figuras de personagens de diferentes idades e sexo, desenhado em peças do mesmo tamanho, que podem ser montadas em uma tábua com espaços vazios para colocá-las separadamente. As diferentes figuras representam diferentes papéis familiares como avós, pais, tios, irmãos mais velhos e mais novos, bebês, etc.

O material descrito é apresentado à criança, com a seguinte orientação: *“Vou lhe mostrar um jogo de encaixe e uma série de personagens. Escolha as peças que você quiser e monte uma família”*. A criança dispõe do tempo necessário para concluir a tarefa,

sendo que, após a construção da primeira família, realiza-se o seguinte inquérito: por que é uma família?; quem é a pessoa boa dessa família?; quem é a pessoa que não é tão boa nessa família?; quem está mais feliz?; quem está mais triste?; de quem gostam mais?; de quem gostam menos?; se você tivesse que escolher alguém dessa família, quem seria? Por quê? (COLOMBO, 2009, p.15).

Após o inquérito, as peças são recolhidas e pede-se à criança que monte outra família. Se a primeira família construída pela criança for a própria família, após o recolhimento das peças, se solicita que construa uma família qualquer, e vice-versa. O mesmo inquérito é realizado após a construção da segunda família.

Colombo (2009) ressalta que é importante o menor nível de interferência possível, para que a criança possa se manifestar livremente. No estudo argentino com o JRI (COLOMBO, 2009), aplicado em crianças vítimas de violência doméstica e em crianças da população geral, foram encontrados como indicadores de violência doméstica: a família real como primeira escolha, a não inclusão do avaliado e o avaliado ou irmão como personagem menos valorizado.

Conclusão

Como foi discutido até o momento, a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, enquanto um fator de risco, gera impossibilidades e adversidades ao desenvolvimento saudável de uma criança vitimizada. Além do mais, por ser um fenômeno complexo, envolvido por mitos, tabus e concepções ideológicas, a identificação da violência no âmbito familiar torna-se muito difícil, visto que a sua manifestação ocorre, na maioria dos casos, de forma sigilosa.

Desse modo, a Psicologia, enquanto uma ciência de investigação e intervenção clínica, pode contribuir no desvelamento da violência doméstica de no atendimento de crianças e adolescentes vitimizados, à medida que desenvolve instrumentos e procedimentos que auxiliam a criança e o adolescente a transmitirem, de acordo com suas possibilidades, suas angústias, sentimentos ou conflitos que não conseguem apresentar de outro modo. Sendo a proposta do Procedimento Jogo das Relações Intrafamiliares possibilitar à criança, por mais nova que seja, mostrar suas relações

familiares, identificar o seu lugar nesse contexto, bem como o dos outros membros de sua família, explorar as relações de afinidade e hostilidade que a criança possui em relação aos demais e o grau de valorização e desvalorização que atribui a si mesma e as outras pessoas do seu convívio familiar.

As pesquisas em andamento deverão mostrar como as crianças brasileiras respondem a esse Procedimento e sua possibilidade de uso em nosso meio. Até o presente momento, sabe-se que as crianças pequenas se expressam e vem montando as famílias. Os resultados serão apresentados e discutidos, esperando-se, assim trazer contribuições nesse campo tão relevante: estudo da criança em situação de sofrimento por sofrer violência no contexto familiar, e nesse caso em especial, as menores, até 6 anos de idade, as quais denotam mais dificuldade de se expressar verbal o mesmo graficamente.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da Crianças**: teoria e técnica – 8ªed. – Porto Alegre, RS: Artmed, 1982 (reimpressão 2008).
- AFFONSO, R.M.L. (org.) **Ludodiagnóstico**: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.
- AGOSTA, C.B.; BALILARI, Z.; COLOMBO, R.I. **Abuso y Maltrato Infantil**: Inventario de Frases Revisado (IFR). Buenos Aires: Cauquen Editora, 2005.
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V.A. **A Violência Doméstica na Infância e na Adolescência**. São Paulo, SP: Robe Editorial, 1995. (Série Encontros com a Psicologia).
- _____. **Infância e Violência Doméstica**: fronteiras do conhecimento. São Paulo, SP: Editora Cortez, 2000.
- BARILARI, Z.; AGOSTA, C.B.; COLOMBO, R.I. **Indicadores de Abuso y Maltrato Infantil en La Prueba Gráfica “Persona Bajo de la Lluva”**. Buenos Aires: Sainte Claire, 2000.
- BRASIL. **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)**. Lei Federal nº8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acessado em 15 de abril de 2013.
- COLOMBO, R.I. **Juego de Interrelaciones Familiares**: aplicación clínica y en evaluación. 2º Edición. Vicente López: Cauquen Editora, 2009.

- CORMAN, L. **O Teste do Desenho de Família**. Tradução Walter H. Geenen. São Paulo, SP: Mestre Jou, 1979.
- PINTO JÚNIOR, A.A. O Lúdico na Avaliação Psicológica de Crianças Vítimas de Violência Doméstica. **Anais do Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico**, v.2,n.2 (2011). Disponível em: <<http://psi21.com.br/ojs/index.php/CBL/article/viewFile/107/107>>, acessado em 20/08/2013.
- PINTO JUNIOR, A.A.; TARDIVO, L.S.L.P.C. O Inventário de Frases na Avaliação de Crianças e Adolescentes Vitimizados no interior do Estado do Rio de Janeiro. In: **VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica/ IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**, 2013, Maceió. Anais do VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2013. v.1.
- SOUZA, M.A.I.; COLACIQUE, M.A.M.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Os Dez Anos do APOIAR – Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – um pouco da História, realizações e sonhos. In.: TARDIVO, L.S.L.P.C.; VAISBERG, T.M.J.A. (Org.). **Anais da X Jornada APOIAR: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro**. São Paulo, SP: IP/USP, 2012, pp.56-83.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. **Identificação e Efeitos da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes**: Validação de um Inventário de Frases. Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía, v. 2, p. 160-192, 2013a.
- _____. O Procedimento de Desenhos-Estórias na Expressão e na Compreensão de Vivências Emocionais. In.: TRINCA, W. (org.). **Formas Compreensivas de investigação Psicológica: procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias**. São Paulo, SP: Vetor Editora, 2013b, pp.145-168.
- _____. O Brinquedo e o Desenho: expressão e comunicação de e com crianças – possibilidades diagnósticas e interventivas. In.: AFFONSO, R.M.L.(org.). **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012. pp.175-189.
- _____. Investigações e Intervenção no Contexto da Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: Proposta do Apoioar. In: TARDIVO, L.S.P.C (org.). **Anais da IX Jornada Apoioar: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal**. São Paulo, SP: IPUSP, 2011, pp.41-58.
- TARDIVO, L.S.L.P.C; COLACIQUE, M.A.M. O Procedimento de Desenhos-Estória no Psicodiagnóstico Compreensivo e Interventivo de Irmãos Abrigados. In.: AMPARO, D.M.;

OKONI, E.T.K.; OSÓRIO, F.L.; HISATUGO, C.L.; TAVARES, M. (Org.): **Métodos Projetivos e Avaliação Psicológica**: atualizações, avanços e perspectivas. C749L Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (6:2012:Brasília, DF), pp-232-240. Disponível em <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/MetodosProjetiv-AvaliacPsi.pdf>, acessado em 19/09/2013.

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; PINTO JUNIOR, A.A. . **Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda., 2010. v. 1. 88p

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A. A.; VIEIRA, F. C. **Avaliação Psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de düss**. Revista de la Asociación Latinoamericana de Rorschach, v. 10, p. 15-40, 2012.

TIRONI, C.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C; COLOMBO, R.I. Juego de Interrelaciones Familiares con niños víctimas de violencia doméstica em Brasil y Argentina: una comparación. In: **Libro de Trabajos del XVII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico** y XXIV Jornadas Nacionales de ADEIP: El Diagnóstico Psicológico en la Actualidad – subjetividades, contextos e instrumentos. Buenos Aires, Argentina, 2013.

TIRONI, C.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C; COLACIQUE, M.AM. Jogo das Relações Intrafamiliares: apresentação de uma técnica lúdica para crianças vítimas de violência doméstica. **Resumos de comunicações científicas apresentadas na 42ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia** e VIII Congresso Iberoamericano de Psicologia, São Paulo, outubro 2012.

TRINCA, W. (Org). **Formas Compreensivas de Investigação Psicológica**: procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. 1ª. Edição. São Paulo, SP: Vetor, 2013.

VAGOSTELLO, L. ; PINTO JUNIOR, A.A. ; ESTEVES, C. ; TARDIVO, L. S. L. P. C. . **Dibujo de la persona bajo la lluvia en niños victimas de malos tratos en Brasil**. Contextos y Diversidad Cultural, v. 1, p. 156-159, 2007.

WINNICOTT, D. W. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In.: _____. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1975, pp. 13-44.

_____ (1936). O Apetite e os Problemas Emocionais. In.: WINNICOTT, D.W. Da **Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora, 2000, pp.91-111.

**A CONTRIBUIÇÃO DA COMUNICAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM DOR
CRÔNICA, NA PERSPECTIVA DE BION E MATTE-BLANCO**

Márcia Aparecida Isaco de Souza

José Tolentino Rosa

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo



Parthenope Bion Talamo - 2006

Sociedade Italiana de Psicanálise de Torino

filha de Wilfred Ruprecht Bion

Pesquisadores

- ☐ Barbara Subtil de Paula, IPUSP
- ☐ Christiane Pellegrino Rosa, FMUSP
- ☐ Deoclecio Tonelli, IPUSP, FM-FUABC
- ☐ Ivete Pellegrino Rosa, UNIFESP
- ☐ Jose Tolentino Rosa, IPUSP, (*líder do grupo de pesquisa*)
- ☐ Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, IPUSP
- ☐ Lúcia de Mello Senra do Valle, IPUSP
- ☐ Lucinea Scaboro, IPUSP
- ☐ Márcia Aparecida Isaco de Souza, IPUSP
- ☐ Maria Aparecida Mazzante Colacique, IPUSP
- ☐ Maria Léa Ferreira Lins, IPUSP
- ☐ Yara Malki, IPUSP

Estudantes

- ☐ Fernando Fidelix Silva, IPUSP
- ☐ Giovana Antonio Fiorentinio, IPUSP
- ☐ Isabel Gonçalves Lopes Schvartzaid, IPUSP
- ☐ Isolda Maria de Oliveira Assumpção, IPUSP
- ☐ Maria Tereza de Oliveira, IPUSP
- ☐ Marília de Siqueira, IPUSP
- ☐ Rosemeire Aparecida da Silva, IPUSP
- ☐ Sandra Donati, IPUSP
- ☐ Valéria de Angelis Vieira, IPUSP

Técnicos

- ☐ Angelica Aparecida Paulovic Sabadini, Bibliotecária, IPUSP
- ☐ Maria Imaculada Cardoso Sampaio, Doutora, Bibliotecária, IPUSP

Linhas de pesquisa

- ☐ Oficina de redação em psicologia clínica
- ☐ Psicoterapia psicanalítica com pacientes dependentes da dor
- ☐ Tratamento de dor crônica

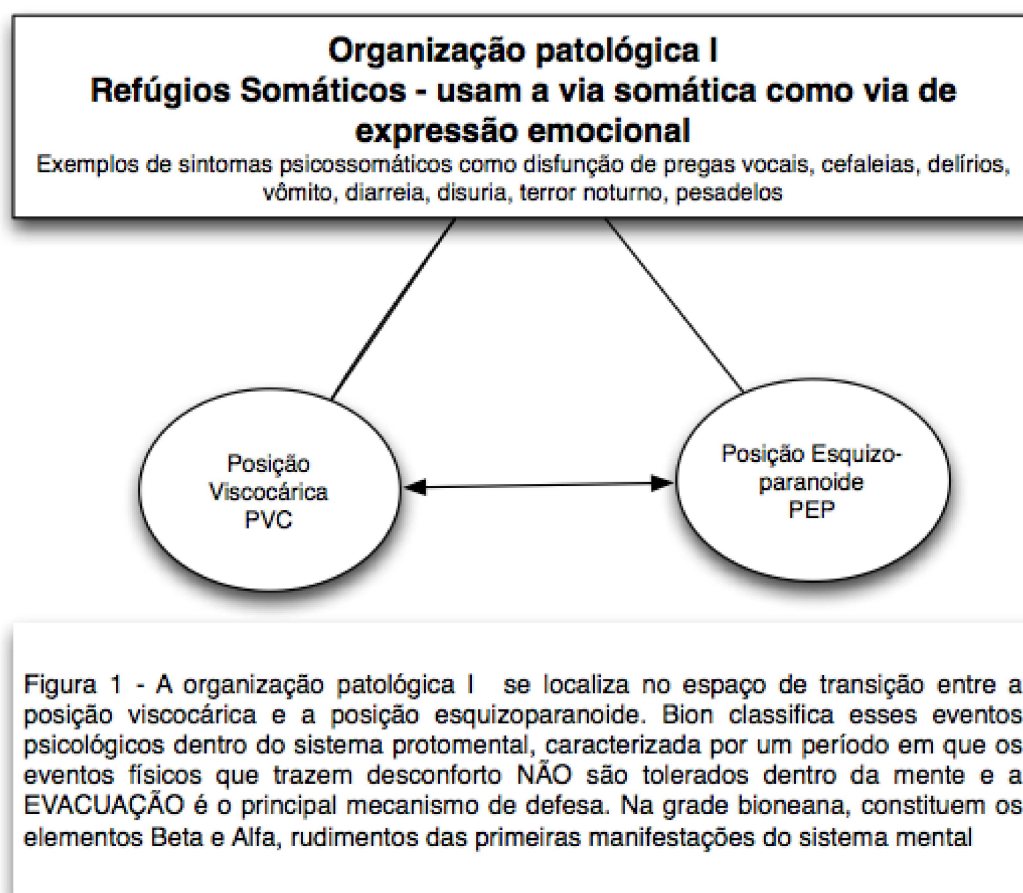
URL:

<http://dgp.cnpq.br/diretorioc/fontes/detalhegrupo.jsp?grupo=0067707X6IR>

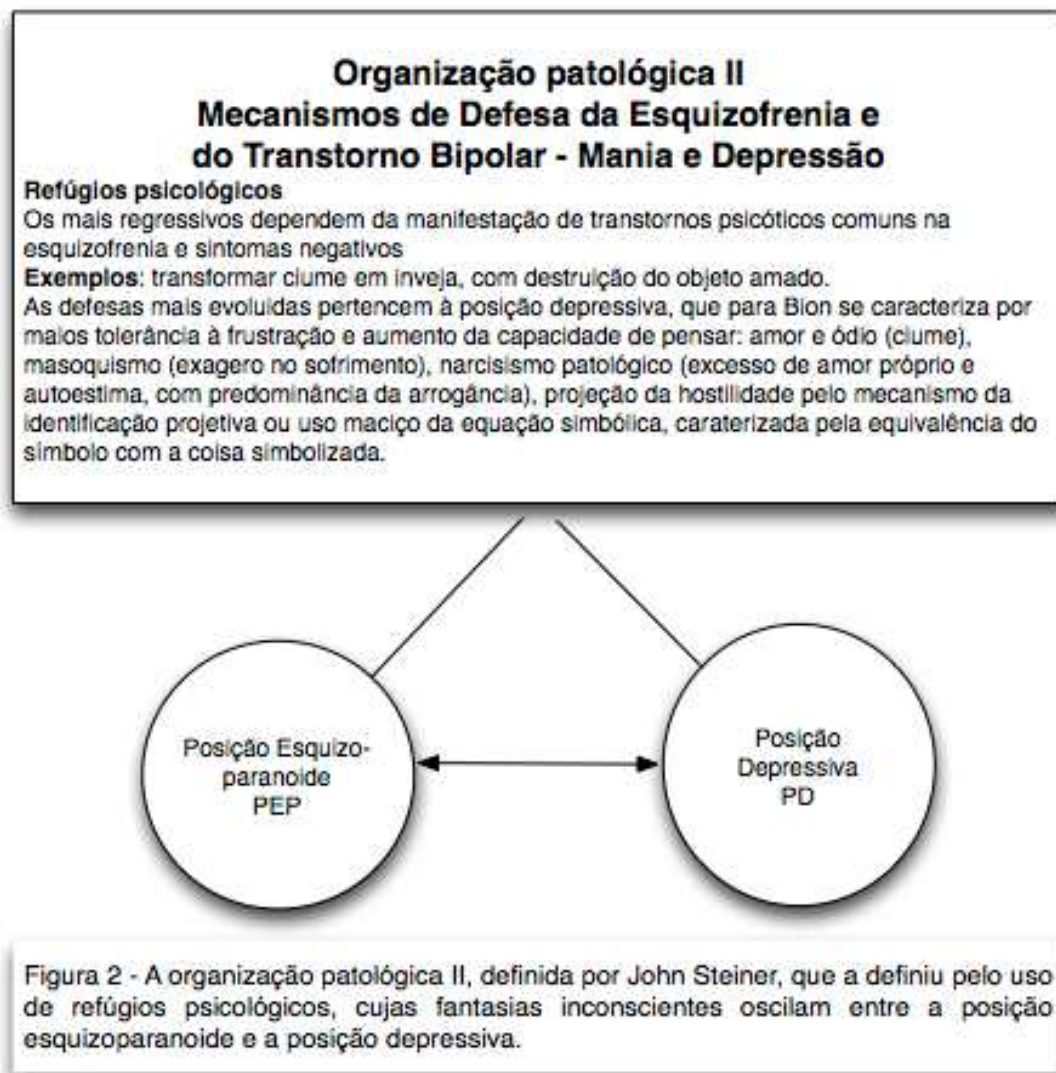
Z8K

A **Figura 1** apresenta a **organização patológica I**, que se localiza-se no espaço de transição entre a posição viscocárica e a posição esquizoparanoide. Bion classifica esses eventos psicológicos dentro do sistema protomental, caracterizada por um período em que os eventos somatoformes que trazem desconforto NÃO são tolerados dentro da mente e a EVACUAÇÃO é o principal mecanismo de defesa. Na grade bioneana, constituem os elementos *Beta* e *Alfa*, rudimentos das primeiras manifestações do sistema mental. A **organização patológica I** se caracteriza por predominância de refúgios somatoformes, correspondentes ao espaço de transição entre a posição viscocárica para a posição esquizoparanoide.

Na **organização patológica I** ficam classificados os refúgios somáticos, que usam a via somática como expressão emocional. Exemplos de sintomas psicossomáticos como disfunção de pregas vocais, cefaleias, delírios, vômito, diarreia, disuria, terror noturno, pesadelos.



A **organização patológica II** utiliza mecanismos de defesa da posição esquizoparanoide e da posição depressiva, típica das defesas utilizadas no Transtorno Bipolar, com Mania e Depressão. Representam os refúgios psicológicos. Os pacientes mais regressivos utilizam manifestações de transtornos psicóticos comuns na esquizofrenia e sintomas negativos.



Exemplos: transformar ciúme em inveja, com destruição do objeto amado.

As defesas mais evoluídas pertencem à posição depressiva, que para Bion se caracteriza por maior tolerância à frustração e aumento da capacidade de pensar: amor e ódio (ciúme), masoquismo (exagero no sofrimento), narcisismo patológico (excesso de amor próprio e autoestima, com predominância da arrogância), projeção da hostilidade pelo mecanismo da identificação projetiva ou uso maciço da equação simbólica, caracterizada pela equivalência do símbolo com a coisa simbolizada.

A organização patológica foi inicialmente definida por John Steiner, caracterizando-a pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre as posições

esquizoparanoide e depressiva.

A Figura 3 foi proposta por nós, em 2005, como uma síntese que reúne os sintomas somáticos e os refúgios psicológicos, classificados pelas três posições neokleinianas: posição visco-cárica, esquizoparanoide e depressiva. A **organização patológica**, tal como foi definida por John Steiner, é caracterizada pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva (Rosa e cols., 2005).

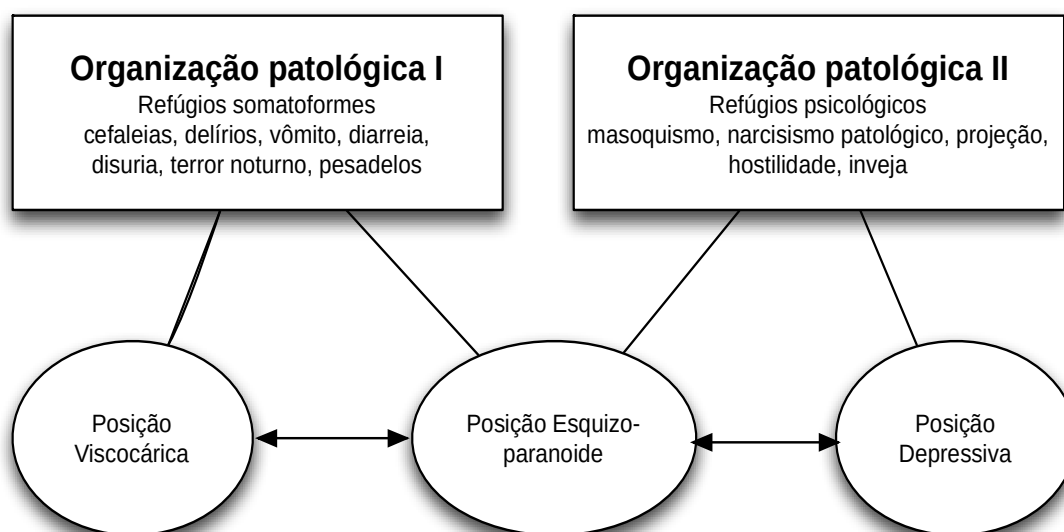


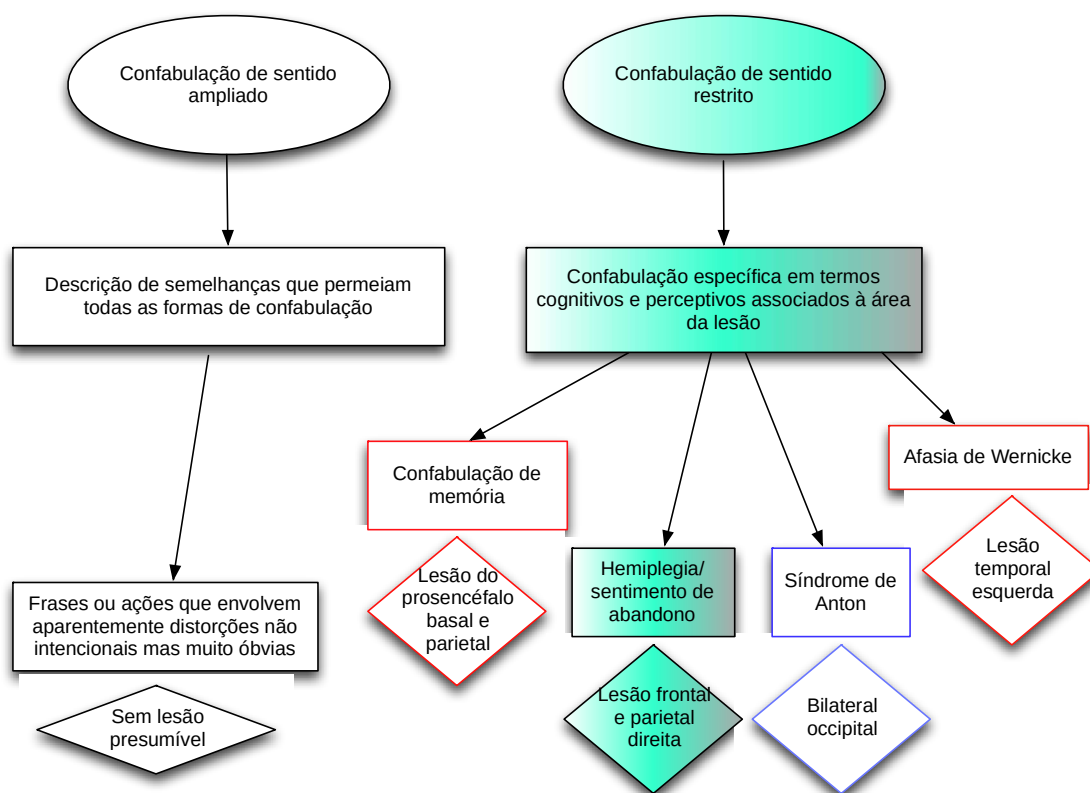
Figura 3 - A organização patológica I se caracteriza por predominância de refúgios somatoformes, correspondentes ao espaço de transição entre a posição viscocárica para a posição esquizoparanoide. A organização patológica II, definida por John Steiner, é caracterizada pelo uso de refúgios psicológicos, cujas fantasias inconscientes oscilam entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva (Rosa e cols., 2005).

Da contratransferência verbal para o aneurisma da artéria central média direita

O diagrama da Figura 4 mostra como a partir do estranho sentimento de

abandono, na contratransferência, partiu-se da hipótese de uma anomalia no hemisfério direito. O exame neurológico detectou um aneurisma sem rotura de 7 mm no segmento M1/M2 da artéria cerebral média direita; apresentando colo estreito e fluxo de alta velocidade em seu interior.

Figura 4 - Senso de fabulação amplo e restrito:
o caminho percorrido pela paciente com Aneurisma de Artéria Média Cerebral Direita está na cor verde



Do aneurisma da artéria central média direita para a fabulação do sentimento de abandono na contratransferência verbal

A paciente foi encaminhada para neurocirurgia para remoção do aneurisma, considerado a principal causa da fabulação. Após a cirurgia desapareceram os sintomas de fabulação semelhante aos pacientes com dor crônica, acentuados pelo sentimento de abandono, dos pais, do marido e do terapeuta nas reações de transferência.

Da contratransferência verbal para o aneurisma da artéria central média direita

O diagrama mostra como a partir do estranho sentimento de abandono, na contratransferência, partiu-se da hipótese de uma anomalia no hemisfério direito.

O exame neurológico detectou um aneurisma sem rotura de 7 mm no segmento M1/M2 da artéria cerebral média direita; apresenta colo estreito e fluxo de alta velocidade em seu interior.

Do aneurisma da artéria central média direita para a fabulação do sentimento de abandono nas reações de contratransferência verbal: (1) a paciente foi encaminhada para neurocirurgia de remoção do aneurisma; (2) cessou o sintoma de fabulação com sentimento de abandono na transferência e também com o marido.

José Augusto Bockmann de Faria, no artigo “*Bion, Matte Blanco e os processos oníricos*” demonstrou que, pelas contribuições de Bion e Matte Blanco à psicanálise, pode-se compreender melhor as comunicações do paciente de duas maneiras:

1) Do sonho para a comunicação

O relato do sonho de um paciente, no qual traz em si um aspecto paradoxal e mostra que pode ser melhor compreendido com a teoria de Matte Blanco sobre a constituição dos sonhos e do inconsciente.

2) Da comunicação, livre associação, para o sonho

No segundo exemplo, faz-se referência a um trecho da livre associação em que um analisando descreve imagens visuais que lhe ocorriam na ocasião. Com a suposição de que esse paciente tinha acesso instantâneo à ininterrupta cadeia de processos oníricos postulada por Bion como existente no transfundo da mente, essas comunicações foram entendidas e tratadas como sonho.

Não consegui encontrar, até agora, nas obras de Bion menção alguma sobre as idéias de Matte Blanco, porém a filha de Bion, Parthenope Bion Talamo, psicanalista de Turim, em tese de doutoramento defendida em Florença, no ano de 1973, traça uma comparação sobre o uso da lógica por Bion e Matte Blanco (RAYNER, 1995, p.150).

No entanto, em muitos trechos do que deixou escrito, a concepção de Bion se aproxima

bastante da maneira como Ignacio Matte Blanco, psicanalista peruano, concebia a estrutura e o funcionamento da mente humana.

Os conceitos de Bion têm sido amplamente divulgados, o mesmo não acontecendo com os de Matte Blanco; por este motivo incluímos comentários para esclarecer algumas peculiaridades.

MATTE-BLANCO (1959), estudando as peculiaridades do pensamento esquizofrênico, notou que este apresentava grande semelhança com os sonhos. Partindo da concepção de que estes dois modelos de expressão da vida mental seriam manifestações do inconsciente, procurou explicar suas particularidades atribuindo-as ao uso de um modo lógico funcional, que funciona no inconsciente, e que obedece a dois princípios fundamentais.

Em "Princípio da generalização" (MATTE BLANCO, 1975, p.11), atribui ao inconsciente a incapacidade de conceber seres, coisas e aspectos individuais, somente os aceitando como pertencentes a classes reunindo entidades que possuem um atributo comum. Estas classes ou series seriam tratadas como subclasses de outras classes mais gerais, que por sua vez seriam subclasses de outras mais abrangentes.

Matte Blanco as denominou "series" ou "classes infinitas". O modo de funcionar destas classes recebeu mais tarde de SKELTON (1990), a denominação de "pensamento predicativo", ou seja, a identidade não seria estabelecida entre sujeitos semelhantes, mas sim entre aqueles que apresentassem uma qualidade comum.

O segundo princípio de Matte Blanco foi também descrito como existente no inconsciente. Seria um modo peculiar de perceber relações, e que explicaria algumas das propriedades do inconsciente, tais como a ausência da negação, a abolição do tempo e as perturbações do espaço. Consistiria no uso abusivo de relações simétricas pelo inconsciente, o qual transformaria todas as relações assimétricas em simétricas.

De um sonho para a comunicação clínica

"Estava em uma rua cheia de mendigos, crianças pedindo comida. Eu comia um sanduiche. Aquelas mãos todas, estendidas em minha direção, me incomodavam. Um

menino com uma perna, sem braços, pos a mão em meu sanduiche. Fiquei com nojo, não consegui mais comer o sanduiche, que joguei no chão. O menino sem braços veio se arrastando e pegou o sanduiche com a boca".

Este sonho apresenta um evidente paradoxo. Um menino que não tinha braços, toca com a mão um sanduiche. A pessoa que o relatou, a qual denominarei "X", sem que isto lhe tivesse sido perguntado, disse, ao contá-lo, que estranhava o fato. O menino, em seu sonho, não possuía braços, porém percebera a mão do mesmo tocando o seu sanduiche.

A comunicação foi retomada com "O que lembra este menino em na história de sua infância?"

Fragmento da sessão analítica: do sonho para a comunicação efetiva

Um analisando, decorrido aproximadamente metade de sua hora de análise, após ter discorrido sobre alguns acontecimentos, especialmente sobre suas dificuldades conjugais, faz um pequeno silêncio. A seguir, passa a discorrer sobre o que percebe em sua mente, em termos visuais. Diz:

"Imagino uma estrada, marcas de pneus, mas são marcas finas, como cabelos. Vejo uma rede no mar. Ondas, ondas do mar quebrando; elas se transformam em cabelos de mulher. Agora é um rosto feminino, de perfil, escuro sobre fundo branco. O fundo se torna avermelhado, como o céu no por do sol. O rosto agora se transforma, fica parecendo um cone de alto-falante".

Esta descrição se aproxima das características de um sonho. As imagens referidas são fluidas e mutantes, transformam-se com facilidade em outras. Torna-se nitidamente perceptível a ação dos mecanismos de condensação e deslocamento, típica dos sonhos. O paciente com frequência relatava imagens visuais percebidas no espaço psíquico, como aliás acontece com muitos analisandos, que empregam os primeiros momentos do encontro analítico para descarregar emoções ligadas a acontecimentos recentes da vida, e, em um segundo tempo, mais aliviados das tensões imediatas, parecem conseguir melhor acesso aos processos internos, passando a descrever as imagens

mentais recentes.

Estas duas diferentes situações, a primeira referindo-se a narração de um sonho por uma pessoa em análise, a segunda a um momento de livre associação de outra, foram aqui colocadas para ilustrar como as concepções de Bion e Matte-Blanco podem ser úteis ao analista para melhor entender a transicionalidade dos fenômenos oníricos de vários tipos que ocorrem com os analisandos.

O avanço que as proposições de Melanie Klein e Bion trouxeram à psicanálise é extraordinário. O que pude perceber nos contatos com ele e sua obra, pela leitura das publicações de Paulo César Sandler (2005) e José Américo Junqueira de Mattos foi que não somente prescrevia mas também utilizava uma extraordinária forma de pensar criativamente o trabalho clínico.

Uma pergunta que se fazia a ele era respondida como em estado de livre associação, como se estivesse continuamente utilizando essa forma de pensar.

Costumava contar uma pequena "história" como resposta, que geralmente parecia ter pouca ou nenhuma relação com o que lhe fora perguntado, mas que, quando melhor observada, continha uma "resposta" criadora nas entrelinhas. Este processo tinha alguma semelhança com o sonho, por apresentar um nível aparente e significados ocultos, por vezes de difícil apreensão.

Matte-Blanco (1981) denominou este modo do funcionamento mental de Bion de "pensamento acróstico", como um ideograma que traz todas as informações importantes para o entendimento.

Bion, em *Cogitations*, editado em 2002, postulou a existência de um mecanismo que transformaria em sonhos os estímulos de toda a espécie que bombardeiam a mente de modo contínuo, ao qual chamou "trabalho-do-sonho-*alfa*", expressão que logo depois abreviou para "atividade *alfa*" e, mais tarde, denominou "função *alfa*".

Assim, a partir da diarreia, um sintoma somatoforme, a mãe pode usar a função alfa e compreender que o bebê está desconfortável com a situação ambiental e operar mudanças no manejo da criança pequena.

Matte-Blanco propõe o caminho inverso, mostrando que todo sonho, alucinação ou fabulação, corresponde a fatos somatoformes, do sistema protomental, a compreensão muda do universo mental. Esse modelo permite concluir que há um intercâmbio entre dor, sintoma orgânico, e sofrimento, sintoma psicológico, e quando o paciente compreende e usa de modo eficiente essas duas vias enriquece seu funcionamento mental, desenvolvendo plenamente a capacidade de manter-se vivo. O paciente com dor crônica fica paralisado por lembranças da imaturidade de pais muito jovens, que perdem muito facilmente o controle dos impulsos destrutivos.

A sinopse da Técnica das Relações Objetais de H. Phillipson, de um paciente do sexo masculino, 46 anos, com queixa de dor crônica, em atendimento por uma de nossas pesquisadoras, é oferecida no Quadro 1, que ilustra a paralisação do desenvolvimento na posição esquizoparanoide, onde o sujeito se defronta com a própria destrutividade, sentida pelo perigo do término da própria vida. Em geral, a origem e gênese da fantasia inconscientes derivam do descontrole de pais sobre os impulsos destrutivos, de modo que os pacientes com dor crônica ainda não sentem confiança nos pais como protetores da vida. A falta de capacidade de manter-se vivo e a falta de prazer em locomover-se, viajar, aprisiona-o na dor crônica, caracterizando a síndrome de Ulisses.

Quadro 1 – Sinopse do TRO de homem de 46 anos, atendido por uma pesquisadora do grupo de dor crônica, com dificuldade de superar a posição esquizoparanoide, que aumenta com o descontrole do genitor sobre a destrutividade e a fantasia do medo de abandono

Lâminas	Fantasias inconscientes	Desejos inconscientes	Medo, angústia e ansiedades	Mecanismos de defesa	Posições PVC, PEP ou pontos	
A1	Medo de abandono e hostilidade	Onipotência	Autodestruição	Solidão	Esquizoparanoide	
A2	Medo da relação intimidade com alguém	Fusão	Medo da fusão	Negação; Dificuldade de contato; Cisgênero	Esquizoparanoide	
A3	Medo de abandono e ameaça	Crescer	Desejo de envolvimento	Abafamento de emoções	Esquizoparanoide	
AG	Onipresença; onisciência	Aniquilamento; impotência	Destruição	Ironia	Esquizoparanoide	

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

B1	Medo de abandono exclusão	Contato	Não importunar pais descontrolado s	Negação	Esquizoparanoide	
B2	Medo de abandono envolver-se com alguém confiável	"Eu quero mamãe"	Medo de envolver-se e desenvolver- se	Projeção esperança	Esquizoparanoide	
B3	Desejo de ter reconhecimento dos pais	Controle do objeto	Sentimento de rejeição	Identificação pro	Esquizoparanoide	
BG	Medo de abandono ameaça	Desejo de ser tratado com justiça	Isolamento	Culpa	Esquizoparanoide	
C1	Falta de reconhecimento	Desejo de reconhecimento	Medo da falta de recursos	Identificação pro	Depressiva	
C2	Sentimento de abandono Exclusão	Retaliação	Autodestruição	Vingança	Esquizoparanoide	
C3	Sentimento de abandono Hostilidade	Reparação	Destruição; usar a agressividade	Negação	Esquizoparanoide	
CG	Sentimento de abandono Exclusão	Pertencimento; confiança	Ser atacado, não ser querido	Abafamento emoções (inveja)	Esquizoparanoide	
Branca	Sentimento de abandono Esvaziamento; isolamento	Contato	Destruição	Reparação	Esquizoparanoide	
				53	Total = 91	58,24%

Em agosto de 1959 escreve Bion o seguinte texto sobre este mecanismo (BION, 1992, p. 63):

"... o trabalho-do-sonho-alfa é contínuo dia e noite. Opera sobre a recepção de estímulos provenientes de dentro e de fora da mente ... (p. 64) O que faz alfa? Dirige sua atenção para as impressões sensoriais. ... estas necessitam ser tornadas duradouras. Necessitam sofrer transformações para se tornarem passíveis de armazenamento e memorização ... sendo então transformadas em ideogramas".

Referências

BION, W. R. A Theory of Thinking. *Int. J. Psychoanal.*, v. 43, p. 306-310, 1962.
_____. **Learning from Experience.** London: W. Heinemann Med. Books Ltd, 1962.

- _____. **Elements of Psychoanalysis**. London: W. Heinemann Med. Books Ltd, 1963.
- _____. On Hallucination. In: BION, W. R. (Ed.). **Second Thoughts**. London: W. Heinemann Med. Books Ltd. (Original 1958), 1967. p.65-85.
- _____. **Attention and Interpretation**. London: Tavistock Publications, 1970.
- _____. **Conferências Brasileiras**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974.
- _____. **A Memoir of the Future**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- _____. **Cogitations**. London: Karnac Books, 1992.
- FARIA, J. A. B. Bion, Matte Blanco e os processos oníricos. **Psyché**, v. 3, n. 4, p. 23-39, 1999.
- FERRO, A. **A Técnica na Psicanálise Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- _____. **Na Sala de Análise**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1998.
- FREUD, S. The Interpretation of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (S.E.)**. vol IV. London: Hogarth Press, 1900.
- _____. The Interpretation of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. V**. London: Hogarth Press, 1900.
- _____. The Unconscious. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol XIV**. London: Hogarth Press, 1915.
- _____. The Metapsychology of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol XIV**. London: Hogarth Press, 1917.
- _____. Revision of the Theory of Dreams. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. XXII**. London: Hogarth Press, 1933.
- _____. Dissection of the Psychical Personality. In: FREUD, S. (Ed.). **S.E. vol. XXII**. London: Hogarth Press, 1933.
- MATTE BLANCO, I. Expression in Symbolic Logic of the Characteristics of the System Unconscious. **Int. J. Psychoanal.**, v. 40, p. 1-5, 1959.
- _____. **The Unconscious as Infinite Sets**. London: Duckworth, 1975.
- _____. Reflecting with Bion. In: GROTESTEIN, J. S. (Ed.). **Do I Dare Disturb the Universe?** Beverly Hills: Caesura Press, 1981. p.429-528.
- _____. **Thinking, Feeling and Being**. London: Routledge, 1988.
- MELTZER, D. **Dream Life**. London: Clunie Press, 1984.
- PALOMBO, S. R. The Dream and the Memory Cycle. **Int. Rev. Psychoanal.**, v. 3, p. 65-83, 1976.
- ROSA, J.T. Karnac Books lança o Dicionário da Linguagem e do Pensamento de Bion, de Paulo C. Sandler. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 13 (1) 223-245, jan-jun 2005.
- RAYNER, E. **Unconscious Logic**. London: Routledge, 1995.
- SANDLER, P.C. (2005). **The language of Bion: a dictionary of concepts**. Londres: Karnac Books. ISBN: 1855753669.
- SKELTON, R. Generalization from Freud to Matte Blanco. **Int. Rev. Psychoanal.** , v. 17, p. 471-474, 1990.

Apêndice 1

Relato da aplicacao do TRO de Phillipson

Paciente: Masculino, 46 anos

Aplicado em: 08/10/13

- A
1 – A Sombra
Tem um homem sozinho que para mim está com o coração vazio, momentaneamente triste. Independente de religião ele sente uma força ruim, para baixo. Eu sinto que ele está alí sem relação e com um peso grande.
- O
que aconteceu antes? Atitudes da vida dele que levou ele a sentir tudo isto, ou o colocaram a sentir desta forma.
- O
que aconteceu depois? Ele continuou no vazio, com tristeza e sentindo-se incapaz.
- **Fantasia inc. dominante: medo da hostilidade**
- D
esejos inconscientes: onipotência
- M
edos, ans, sint. Somatoformes: auto-destruição
- M
ecanismo de defesa: solidão
- N
ível de reexpressão da def.: esquizo-paranóid
Pontos: 2
- A
2 - O casal
Um casal de mãos dadas caminhando para um objetivo. Ambos conversando sobre o objetivo.

-
- O
que aconteceu antes? Eles se conheceram no parque entre uma roda de amigos e, tiveram interesse entre eles, foram para o caminho do objetivo.
 - D
epois: alcançaram o objetivo de estarem juntos, contraíram um lar. Uma casa, uma vida em comum num sentimento de paz e união.
 - F
antasia inc. dominante: medo da relação a dois
 - D
esejos inconscientes: fusão
 - **Medos, ans, sint. Somatoformes: medo da fusão**
 - M
ecanismo de defesa: negação /não suporta o contato / cisão
 - N
ível de repressão da defesa: esquizo-paranoíd
 - Pontos: 4**
 - **C3 – A reunião**
Dentro de uma casa numa sala de jantar, um casal recebe um amigo para conversar oferecendo chá para esse amigo. A conversa foi longe, porém o dono da casa por algum motivo evitou e ficou frente para a lareira. O amigo com toda a calma possível tentou mostrar que não era bem aquilo que ele estava pensando.
 - O
que aconteceu antes? O amigo ligou para marcar uma reunião.
 - O
que aconteceu depois? Ficou tudo tranquilo e o amigo foi embora. A situação foi apaziguada.
 - F
antasia inc. dominante: hostilidade
 - D
esejos inconscientes: reparação
 - M
edos, ans, sint. Somatoformes: destruição / usar a agressividade
-

• ecanismo de defesa: **negação** M

• ível de repressão da def.: **esquizo-paranóid** N

Pontos: 5

• 3 – O lar B

Um casal chegando em casa após um dia de trabalho. Por coincidência ambos adentraram quase juntos dentro da casa, aproximaram-se, abraçaram-se e beijaram-se e nesse mesmo instante seu filho estava vendo e logo foi abraçá-los.

- que aconteceu antes? O casal estava trabalhando ficando o dia inteiro longe e ao chegarem aproximaram-se para matar a saudade que estavam sentindo um do outro. O

- que aconteceu depois? Cada um colocou suas coisas no local de costume e foram preparar o jantar. Um sentimento de amor entre eles. O

- antasia inc. dominante: **desejo de ser olhado pelos pais** F

- esejos inconscientes: **controle do objeto** D

- edos, ans, sint. Somatoformes: **rejeição** M

- ecanismo de defesa: **identificação projetiva** M

- ível de repressão da def.: **esqizo-paranóid** N

Pontos: 4

Ag – A Discórdia

Numa cidade do interior havia uma casa muito diferente. Parecia um castelo, mas lá havia inveja, a falta de entendimento e até de amor junto com egoísmo. Muitas pessoas não eram a favor daquilo, de fazer reuniões de mexericos para destruí-lo.

- O
que aconteceu antes? Pelas decisões e atitudes dos donos da casa que não concordavam com alguns princípios daquelas pessoas. As mesmas acabaram endurecendo seus corações ou até esses corações já estavam endurecidos, havia um sentimento de tristeza.

Fantasia inc. dominante: onipresença / oniciência

- D
esejos inconscientes: aniquilamento/ impotência
- M
edos, ans, sint. Somatoformes: destruição
- M
ecanismo de defesa: ironia
- N
ível de reexpressão da def.: esquizo-paranóid **Pontos: 4**

- B
1 – O trabalho
Naquele período marido da casa trabalhava à noite. Ao chegar pela manhã adentrou no seu quarto viu sua esposa dormindo, pegou a toalha que estava junto a cama onde sua esposa havia deixado, tomou seu banho e deitou-se ao lado dela.

O que aconteceu antes? Ele saiu para ir trabalhar.

- O
que aconteceu depois? Ambos estavam dormindo e quando deu a hora sua esposa levantou para os afazeres da casa, deixando-o dormir. Havia um sentimento de tranquilidade.

- F
antasia inc. dominante: Exclusão
- D
esejos inconscientes: contato

•		M
•	edos, ans, sint. Somatoformes: não importunar	
•		M
•	ecanismo de defesa: negação	
•		N
•	ível de repressão da def.: esquizo-paranóid	
-		P
	Pontos: 4	
•		C
	G – A cobrança	
	Um homem querendo descer a escada se depara com algumas pessoas no final da escada gesticulando e falando contra ele, fazendo-o ficar acuado em cima da escada.	
-		O
	que aconteceu antes? Esse homem só queria trafegar e continuar o que ele necessitava fazer.	
-		O
	que aconteceu depois? Permaneceu acuado. Num sentimento de solidão e insatisfação.	
•		F
•	antasia inc. dominante: Exclusão	
•		D
•	esejos inconscientes : pertencimento / confiança	
•		M
•	edos, ans, sint. Somatoformes: ser atacado, não ser querido	
•		M
•	ecanismo de defesa: abafar emoções	
•		N
•	ível de repressão da def.: esquizo-paranóid	
-		P
	ontos: 4	

- A
3 – Com medo
Vejo um homem parado querendo caminhar e outros dois observando não sei se é para ajudar a guardar ou se é para prejudicar.
- O
que aconteceu antes? Um rapaz querendo caminhar.
- O
que aconteceu depois? Dúvida em ajudar ou prejudicar. Sentimento de medo.
- F
antasia inc. dominante: **Ameaça**
- D
esejos inconscientes: **crescer**
- M
edos, ans, sint. Somatoformes: **desejo de envolvimento**
- M
ecanismo de defesa: **abafar emoções**
- N
ível de repressão da defesa: **esquizo-paranoide**
Pontos: 4
- B
2- O Passeio

Num determinado momento começou a chover e naquele instante de euforia por causa da chuva o casal tentou se esconder debaixo da árvore, porém vendo que estava próximo de casa correram para dentro dela e mesmo molhados foram trocar as suas vestes.

- que aconteceu antes? Estavam passeando pelas ruas O
- que aconteceu depois? Fizeram pipoca abriram um vinho e sentaram no sofá para assistir a um filme num sentimento de alegria. O
- **antasia inc. dominante: envolver-se** F
- **esejos inconscientes: 'eu quero mamar'** D
- **edos, ans, sint. Somatoformes: medo de envolver-se , desenvolver-se** M
- **ecanismo de defesa: projeção de esperança** M
- **ível de repressão da def.: esquizo-paranóide** N

Pontos: 5

- **6 – Quem está certo?** B

Por um momento percebi que na igreja havia discriminação independente do motivo havia separação deixando uma pessoa sozinha onde não deveria. Os boatos eram muitos e a condenação maior ainda e este ser alem de sentir-se pequeno indefeso desmoralizado acabou só e com muita culpa.
- que aconteceu antes? O rapaz que ficou só era integrante de um todo e por algumas idéias diferentes ou por percepções alem dos demais , acabou excluído. O
- que aconteceu depois? As reuniões continuaram e as pessoas juntas porem o rapaz ficou sozinho e com peso de ir para o inferno. O

•		F
•	antasia inc. dominante: ameaça	
•		D
•	esejos inconscientes: justiça	
•		M
•	edos, ans, sint. Somatoformes: isolamento	
•		M
•	ecanismo de defesa: culpa	
•		N
	ível de reexpressão da def.: esquizo-paranóid	
	Pontos: 4	
•		C
	2 – A traição (chora)	
	Naquele dia por um motivo alem do normal um homem saiu mais cedo do seu trabalho e quis fazer uma surpresa para sua esposa e companheira e voltar mais cedo para ajudar nos afazeres inclusive levando algumas rosas para alegrar o coração de sua esposa e deparou-se com ela e outro homem no seu quarto.	
-		O
	que aconteceu antes? Aparentemente o casal estava bem e ele saiu para o trabalho.	
-		O
	que aconteceu depois? Ele jogou um pequeno buquê em cima dos dois e saiu querendo a morte. Ficou no sentimento da dor.	
-		F
	antasia inc. dominante: exclusão	
-		D
	esejos inconscientes: retaliação	
-		M
	edos, ans, sint. Somatoformes: auto-destruição	

-
ecanismo de defesa: **vingança**

M

-
ível de repressão da def.: **esquizo-paranóid**

N

Pontos: 3

•
1 – A casa

C

Em uma cidade do interior vejo uma simples casa porem arrumada e ajeitada cheia de mimos. Um lugar apesar de simples, lindo, aconchegante e merecedor de um título de um verdadeiro lar.

-
que aconteceu antes? Mesmo com um pouco de dificuldade foi-se possível concretizar um sonho num sentimento de aconchego.

O

•
antasia inc. dominante: **merecimento**

F

•
esejos inconscientes: **reconhecimento**

D

•
edos, ans, sint. Somatoformes: **medo da falta de recursos**

M

•
ecanismo de defesa: **identificação projetiva**

M

•
ível de repressão da def.: **depressivo**

N

Pontos: 5

•
branca- Vazio

B

Apesar do amanhã, existe uma folha em branco que me faz sentir vazio e ao mesmo tempo com desejo de preenche-lo.

- antasia inc. dominante: **esvaziamento/ isolamento** F
- esejos inconscientes: **contato** D
- edos, ans, sint. Somatoformes: **destruição** M
- ecanismo de defesa: **reparação** M
- ível de repressão da def.: **esquizo-paranóid** N

Pontos: 5

**EXPERIÊNCIA COM GRUPOS DE ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE DO
ADOLESCENTE⁵⁰**

Patricia Moser Montini⁵¹

Albertina Duarte Takiuti⁵²

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁵³

RESUMO

O Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo tem como objetivo a implementação de uma política pública universalizada para adolescentes na área da saúde, propiciando um atendimento integral realizado por equipes multiprofissionais. Além dos benefícios individuais dos atendimentos, o trabalho multidisciplinar com grupos também permite identificar fatores de risco relativos ao universo adolescente, favorecendo o desenvolvimento de ações preventivas. O presente artigo refere-se ao Programa do Adolescente que acontece no Hospital Pérola Byington, a “Terça Rosa”; constituindo um relato da experiência de participação nos trabalhos de estruturação do Programa neste Hospital, com o desenvolvimento de grupos de acolhimento para adolescentes e seus familiares, descrevendo a metodologia utilizada, os sucessos e dificuldades para sua implementação. Através desta vivência pudemos inferir os prováveis benefícios da implantação de grupos de acolhimento (sala de espera) nos serviços de Saúde Pública, quando compatíveis com o contexto local.

⁵⁰ Esse trabalho é parte do Projeto de Extensão - Atendimento a adolescentes no Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher: Identidade, forças e fraquezas. (PRCEU USP).

⁵¹ Estudante de graduação no IPUSP.

⁵² Professora Associada da FMUSP. Coordenadora Programa Estadual de Saúde do Adolescente da Secretaria da Saúde de São Paulo.

⁵³ Professora Associada do IPUSP – Coordenadora do APOIAR.

Palavras chave: Adolescente. Prevenção primordial. Grupos de acolhimento. Enquadres diferenciados. Consultas terapêuticas.

INTRODUÇÃO

O Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo, ligado à Secretaria de Saúde/governo do estado e coordenado pela Dr^a. Albertina Duarte Takiuti, começou a ser estruturado em 1985, objetivando a implantação e implementação de uma política pública universalizada na área da saúde. Teve suas diretrizes para implantação aprovadas em 1991, constituindo um projeto de atenção à saúde integral para adolescentes e jovens na faixa etária entre 10 e 24 anos, alocado na rede pública de saúde do estado de São Paulo. O atendimento é realizado por equipes multiprofissionais compostas por médicos de diversas especialidades, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, odontologistas, naturólogos etc.; a composição da equipe dependendo das possibilidades do local. Em sua organização o Programa conta também com uma Comissão Executiva Multiprofissional e Interinstitucional e uma Comissão de Assessoria Científica composta por especialistas em adolescência ligados a diversas Faculdades; além do oferecimento de uma capacitação continuada para todos os profissionais da rede. (TAKIUTI, 2011)

A adolescência é um período de grandes mudanças biopsicossociais em que o indivíduo passa a buscar com maior intensidade sua autonomia, tornando-se mais vulnerável, inclusive pela maior exposição aos riscos de situações novas. A presença das equipes multidisciplinares revela-se, assim, de fundamental importância na identificação dos principais fatores de risco aos quais estão sujeitos os adolescentes; cada profissional acrescentando sua própria percepção na construção de um diagnóstico mais abrangente, inclusive facilitando o encaminhamento para as consultas individuais mais adequadas. (Tardivo, 2007)

Dentre as metas do Programa estão: o desenvolvimento de ações de prevenção contínua, particularmente a primordial, procurando conscientizar o adolescente sobre a importância de sua saúde, evitando o estabelecimento de padrões insalubres de vida; o atendimento de suas necessidades globais na área da saúde; facilitar o desenvolvimento de potenciais críticos e criativos através das práticas educativas e participativas; e estimular o envolvimento do jovem e de seus familiares nas possíveis ações a serem implementadas em seu cotidiano. Além das consultas individuais, os adolescentes que ingressam no Programa são convidados a participar dos diversos tipos de grupos que acontecem semanalmente nas instituições aonde o programa foi implantado; alguns, inclusive, específicos para acolher seus acompanhantes, tendo em vista a fundamental importância da família nesta fase da vida.

O sucesso deste programa tem sido constatado pelas equipes de trabalho através do levantamento de dados nas mais diversas áreas, por exemplo, prevenção da gravidez precoce, adesão ao pré-natal, bebês nascidos com peso normal etc. O Programa Saúde do Adolescente está de acordo com as recomendações da Organização Panamericana de Saúde, adotando como objetivo “o desenvolvimento de atividades para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde integral do adolescente, com ações de atenção primária e estímulo à prevenção primordial e ao exercício da cidadania” (Takiuti, 2011, pp.2-3).

O trabalho em grupo abre espaço para discussões sobre o cotidiano destes jovens, propiciando aprendizagem para todos os envolvidos e a formação de vínculos afetivos com os profissionais. Os diálogos e as dinâmicas propostas facilitam a comunicação e a expressão de emoções, retratando também a posição dos adolescentes quanto aos diversos temas levantados e evidenciando fatores de risco; sendo os assuntos abordados sempre relativos ao universo adolescente, como namoro, vida sexual, DST, gravidez, alimentação, imagem corporal, anorexia, família, amigos, escola, profissão, bullying, drogas etc.

A metodologia empregada é a participativa, que favorece novas ideias e soluções construídas coletivamente com a supervisão dos profissionais; estimulando também uma nova compreensão ou relação com os problemas vivenciados. Os grupos representam

também um espaço de acolhimento e continência para as angústias, queixas e demandas, além de permitir a troca de experiências entre os participantes, o desenvolvimento do juízo crítico, aumento da autoestima, esclarecimento de dúvidas e de contribuir para um maior relaxamento e tranquilidade antes das consultas individuais; tendo em vista inclusive a tensão e expectativa que uma primeira consulta ginecológica pode provocar nos adolescentes.

Ao chegar ao serviço o adolescente encontra um espaço onde seus problemas são acolhidos com respeito e atenção, sendo o contato inicial feito por enfermeiro ou assistente social, que procurará também identificar possíveis situações de emergência; o roteiro a ser seguido é flexível e definido de acordo com as necessidades individuais, podendo inclusive ser solicitada a participação dos familiares quando necessária.

O primeiro grupo que reúne os adolescentes a serem atendidos na ocasião é denominado grupo de acolhimento (sala de espera), no qual habitualmente são trabalhados os temas que emergem espontaneamente dos próprios participantes. Interessante observar que com a frequência aos grupos o conceito de saúde dos adolescentes também vai se transformando, agregando a compreensão de que esta não se resume apenas a exames e consultas, englobando tudo o que se relaciona com o bem estar geral do indivíduo, como alimentação, sono, atividades físicas, lazer, relacionamentos e até mesmo os próprios pensamentos e emoções. Muitos adolescentes aderem integralmente ao Programa, frequentando durante anos os diversos tipos de grupos oferecidos, por exemplo, sobre alimentação, oficina de sentimentos, grupos de mães etc., que podem inclusive funcionar de forma semelhante a grupos operativos.

O presente artigo refere-se ao Programa do Adolescente “Terça Rosa”, que acontece às terças feiras, entre 14 e 17 h, no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher com nível de atenção terciária; envolvendo, portanto, apenas adolescentes do sexo feminino. O serviço conta com agendamento inicial via telefone próprio do Programa, sendo os retornos para exames ou atendimentos clínicos definidos posteriormente pelos próprios médicos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA⁵⁴

Comecei a frequentar a “Terça Rosa” em meados de 2013, durante o quarto ano de Psicologia da USP, como estagiária sob a supervisão da prof^a. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, docente deste Instituto. O Programa do Adolescente ainda se encontra em fase de estruturação no Hospital Pérola Byington, contando apenas com uma enfermeira e dois naturólogos da equipe do Programa, além de uma dupla de ginecologistas do hospital. Atualmente contamos também com a presença temporária de duas estagiárias da naturologia, que estão sendo supervisionadas pela mini-equipe, por sua vez sob a supervisão geral da Dr^a. Albertina Duarte Takiuti, ginecologista coordenadora do Programa Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo.

Semanalmente às terças feiras, tenho participado, juntamente com os naturólogos, de um trabalho que envolve dinâmicas de grupo e atendimentos individuais, em psicologia e naturologia, para as adolescentes agendadas no Programa e seus acompanhantes. Não contamos com espaço privativo para os grupos tampouco para os atendimentos, sendo estes realizados numa ala menos frequentada do primeiro andar, organizando as cadeiras disponíveis em arranjo circular para as dinâmicas de grupo ou escolhendo algum “cantinho tranquilo” para os atendimentos.

A enfermeira recebe as adolescentes e seus acompanhantes, cuidando da organização burocrática e da agenda clínica do programa, iniciando às 15h a chamada por nome para as consultas ginecológicas e ficando à disposição dos médicos para o que for necessário. As adolescentes vão sendo chamadas enquanto participam dos grupos que organizamos ou mesmo durante os atendimentos individuais, podendo retornar para a atividade anterior caso isto seja possível. Todas recebem uma caderneta especial do Programa que conta com diversas informações úteis sobre a adolescência e espaços para a anotação de dados pessoais diversos como altura, peso e datas do ciclo menstrual.

⁵⁴ Essa parte do relato será feito na 1ª pessoa do singular, por se tratar do relato da experiência da estagiária Patricia Moser Montini.

Em minhas primeiras participações no Programa, os grupos de acolhimento tinham a duração de aproximadamente uma hora, com todos os presentes reunidos: mães ou acompanhantes, adolescentes e profissionais, começando cerca de 20 minutos antes do início das consultas médicas. Na maior parte das vezes o tema de discussão era livre, os diálogos surgindo de forma espontânea dentro do grupo, embora sempre (re)direcionados de alguma forma para os objetivos do Programa. Grupos com tema livre podem ser muito produtivos, embora também demandem bastante motivação, criatividade e trabalho em equipe para não esmorecer por falta de objetivo aparente e devido à tensão ou timidez de seus participantes. A vida na metrópole certamente não favorece o relaxamento das pessoas, tensas inclusive por procurar atendimento médico; existindo também certa insegurança na primeira participação nos grupos de acolhimento, ainda desconhecidos, ou devido à presença de muitos estranhos no grupo. Exercícios de respiração, meditação, relaxamento ou visualização criativa podem contribuir bastante para tornar o clima do grupo mais ameno, favorecendo o diálogo.

No decorrer do tempo, todavia decidimos iniciar os grupos no mesmo horário das consultas médicas, quando todas as participantes do dia provavelmente já estão presentes. Desta forma, reduzimos bastante as interrupções e a repetição das explicações sobre o Programa, sempre fornecidas antes de qualquer dinâmica de grupo; além de nossas apresentações pessoais, da coleta de nomes e idades, informações sobre estudo/trabalho e motivo da consulta médica, rotina ou não.

Outra alteração decidida em conjunto foi uma partição do grupo após a conclusão das atividades iniciais descritas acima, separando mães e adolescentes, já que estas parecem “se soltar” e participar mais das atividades propostas quando estão desacompanhadas, ou mesmo por estar num grupo de “iguais”. O motivo para esta alteração foi a observação de que as mães costumam dominar a cena, sempre falando bastante, emocionando-se ou mesmo privilegiando seus próprios problemas. Os resultados desta divisão têm sido ótimos, para ambos os grupos.

Os dois grupos acontecem em paralelo, através de uma divisão (variável) dos profissionais e não têm duração definida rigidamente, embora não ultrapassem muito os 50 min; procurando, assim, respeitar os “eventos subjetivos” em andamento e sendo

concluídos com um fechamento síntese do que foi discutido até então. Deixamos, assim, também espaço para os eventuais atendimentos individuais, também sem limite fixo de duração e que são sempre oferecidos quando finalizamos os trabalhos em grupo. Estes atendimentos podem inclusive ser realizados pela equipe toda em conjunto caso exista a demanda da multidisciplinaridade; todavia, mesmo atuando individualmente - o que é mais comum, a equipe costuma trabalhar de forma coordenada, uma profissão complementando a outra a fim de ampliar os benefícios para as pacientes.

Por princípio, todas as adolescentes agendadas devem ser atendidas no mesmo dia, mesmo ultrapassando o horário estabelecido para o término das atividades; sendo este trabalho pautado pela flexibilidade, “jogo de cintura”, integração e respeito entre os profissionais. Cada “Terça Rosa” é diferente da outra e durante os grupos todos participam de forma horizontal, sendo frequentes os “bate bola” entre os coordenadores, os quais sempre se complementam, tornando as discussões mais abrangentes e produtivas. As responsabilidades e decisões são conjuntas, com troca constante de informações e saberes entre a equipe, visando oferecer o melhor atendimento possível a quem procura o Programa.

Sensibilidade para acolher a alteridade é uma característica necessária neste trabalho, necessária para perceber o outro nas suas manifestações, sinalizações e necessidades; sem julgamentos, discursos ou com a pretensão de oferecer lições e soluções prontas, e com bom senso para intervir ou colocar limites quando a situação assim o exige. Apesar destas ressalvas, todavia é possível também ensinar ou transmitir informações sobre saúde e autocuidado; dar sugestões, estimular reflexões mais profundas ou mesmo esclarecer equívocos, muitas vezes associados ao senso comum.

O número de adolescentes agendadas ainda é bastante variável atualmente, cerca de 9 por semana; os grupos somando, assim, por volta de 18 pessoas em sua etapa coletiva inicial, afora os profissionais presentes. Há sempre alguma paciente retornando para consultas médicas e exames ou somente para participar do grupo e dos atendimentos que oferecemos; desta forma os grupos nunca são iguais, propiciando novos desafios e aprendizagens para todos. Acompanhantes também podem ser atendidas em psicologia e naturologia, contudo não têm direito à consulta médica com os

ginecologistas: privilégio das adolescentes, que sempre terão prioridade em todas as modalidades de atendimento. Cabe observar que no Hospital Pérola Byington o nível de atenção é terciária, ou seja, consultas de rotina não seriam possíveis ali na ausência do Programa do Adolescente, que traz consigo inclusive uma visão mais holística do ser humano.

As dinâmicas de grupo costumam ser diferentes a cada vez, e devido às limitações do espaço disponível, também simples e rápidas, sem a necessidade de levantar da cadeira, sem ruídos além da voz e demandando a utilização mínima de materiais adicionais. Embora envolvendo apenas diálogos, discussão de temas, jogos lúdicos, exercícios de relaxamento e respiração, desenhos, observação de imagens impressas etc., estas dinâmicas sempre produzem ótimas reflexões, trocas de ideias e experiências. Além disso, também facilitam a comunicação, a autopercepção e eventualmente a expressão de emoções represadas, demandando, portanto, sempre um manejo consciente e cauteloso por parte dos terapeutas em suas intervenções e interpretações, inclusive por estarem lidando com pessoas totalmente desconhecidas até então. Há que se dosar com carinho a profundidade e intensidade, evitando ultrapassar a continência que o contexto permite, a fim de que as participantes não retornem ao seu cotidiano “mexidas” demais, tendo em vista que não estão inseridas num enquadre terapêutico tradicional.

Aconteça o grupo com tema livre ou não, com ou sem dinâmica, as falas dos profissionais não costumam ser planejadas, mas criativas e sensíveis ao contexto, inspiradas ou em conexão com as falas anteriores dos colegas e das participantes. Coordenadores bem integrados conseguem criar e administrar quase naturalmente uma discussão produtiva, contudo é importante guardar algumas “cartas na manga”, temas, questões ou atividades a serem aplicadas caso necessário. Há que se ter também certa “humildade” e consciência dos próprios limites: casos de grande complexidade devem sempre ser encaminhados para o médico responsável ou para a coordenação geral do Programa.

DISCUSSÃO

Fica bastante evidente nos grupos a necessidade de “voz”, valorização e atenção das participantes, frequentemente de classe social menos favorecida, residentes nos bairros mais afastados do centro; não raro mulheres e adolescentes que sofreram estupro ou outros tipos de violência em algum momento de suas vidas. Desta forma, a participação nos grupos revela-se por si só terapêutica, embora com seu enquadre diferenciado, representado talvez principalmente pela constância dos terapeutas envolvidos, sempre prontos para o acolhimento das terças feiras. Existe uma definição de grupo muito interessante, de Robert F. Bales, bastante pertinente aqui:

Qualquer número de pessoas engajadas na interação entre si em apenas um encontro face a face ou uma série desses encontros, nos quais cada membro recebe alguma impressão ou percepção de cada outro membro, suficientemente clara, para que ele possa, seja naquele momento, seja num questionamento posterior, ter alguma reação em relação a cada um dos outros, como uma pessoa individualizada, ainda que seja apenas para recordar que o outro estava presente. (BALES apud CARVALHO, 1995, p.84).

Os grupos ainda não são constantes, mas também não representam apenas uma reunião casual de pessoas desconhecidas; constituindo espaços que, além de continentes para a angústia, ainda podem produzir grandes reflexões e transformações, eventualmente potencializadas pelos atendimentos individuais, que podem ser semanais,

caso necessário. Escutar opiniões diferentes ou a fala de outras pessoas que vivenciam momentos semelhantes pode significar alívio, aceitação ou mesmo chancela para o “eu”; sentimento de estar em companhia que torna um pouco mais fácil lidar com a própria situação, enxergando os problemas de outra maneira, ressignificando o passado e até mesmo imaginando novas soluções; vislumbrando juntos alguma esperança para situações que por si só suscitam o sabor amargo da impotência. E tudo isso pode acontecer num setting tão insólito quanto uma sala de espera de hospital público, onde as pessoas costumam aguardar impacientes pelo médico, não raro durante horas e cuja duração dificilmente supera os 10 minutos, não permitindo muito mais do que a obtenção de um remédio para seus sofrimentos físicos. A demanda é muito alta e o sistema de saúde não parece dar conta: como lograr sentir-se ainda um ser humano, compreendido e acolhido em suas angústias, numa fila de espera de hospital?

Podemos identificar aqui, então, a necessidade de uma espécie de clínica psicológica com enquadre diferenciado, ou como sugeriu D. W. Winnicott no contexto da psicanálise, a presença de terapeutas trabalhando de forma diferente, “fazendo outra coisa mais apropriada para a situação”. Ainda remetendo a Winnicott, é possível pensar estes encontros grupais como similares às suas “consultas terapêuticas”, trabalhando “segundo esse princípio de dar conta do que ocorre nos encontros possíveis de serem estabelecidos, tanto nos encontros em grupo (...) como em outras situações individuais e familiares” (WINNICOTT apud TARDIVO, 2007, pp.142-143).

As consultas terapêuticas de Winnicott (1971), correspondentes à tradicional série de entrevistas iniciais, tinham como foco não apenas uma investigação das demandas subjetivas dos pacientes, mas também a realização de ações terapêuticas efetivas durante este intervalo de tempo. Devido à técnica “de brincar” utilizada e a atitude espontânea, criativa e interativa assumida pelo terapeuta, estas consultas podem de fato produzir transformações no paciente, evidenciadas pelo momento de surpresa em que o paciente inesperadamente consegue integrar algo que ainda não havia percebido em si mesmo.

Podemos afirmar que existe uma espécie de “holding” nos grupos de acolhimento em desenvolvimento no Hospital, em função do apoio oferecido pelos terapeutas, mais

humano e menos técnico pelo formato participativo, informal e empático utilizado; da constância de sua presença e do acolhimento sincero e bem humorado; além do espaço de expressão reservado para a voz daqueles que raramente a tem. É um apoio humano que provavelmente transmite impressão de segurança maior do que aquele disponível no cotidiano, por ser proveniente de profissionais dentro do sistema de saúde, mas que trabalham em moldes completamente diferentes. Tudo isso pode constituir um setting terapêutico, os grupos de acolhimento funcionando, através da disponibilidade dos terapeutas, metaforicamente como um “jogo dos rabiscos” de Winnicot (1971), sendo “desenhados” em conjunto e sem regras fixas, propiciando uma interação humana mais verdadeira e livre expressão da criatividade coletiva.

Durante os grupos que realizou com adolescentes em São Gabriel da Cachoeira (AM), utilizando o Procedimento de Desenhos-Estórias, a Prof^a. Leila Tardivo percebeu que havia “um sofrimento intenso, difuso, generalizado em todo o grupo”, provavelmente “expressão da experiência emocional de toda a coletividade em que vivem” (TARDIVO, 2007, p.133). Nesta cidade a realidade local é bastante dramática, e os grupos de adolescentes dificilmente poderiam evitar que esta transparecesse em seus desenhos. A realidade social de São Paulo também pode ser percebida nos grupos de acolhimento em diversos momentos, assim como os fatores de risco aos quais os adolescentes estão sujeitos. Dentre eles, as dificuldades relativas a emprego, transporte público e moradia, sistema de saúde, preconceitos em geral, riscos de estupro e violência; e mais particularmente, a utilização de anticoncepcionais e preservativos, drogas, relações familiares e amorosas, escolha da profissão, atividades de lazer, identidade do jovem etc. Ou seja, os grupos de acolhimento trazem em si um retrato parcial da sociedade em que vivemos e as atividades terapêuticas realizadas podem também ser vistas como uma forma indireta de intervenção social.

O trabalho no Hospital tem sido muito gratificante e permitido grande aprendizagem pessoal em todos os sentidos; sempre finalizo a jornada com a impressão de ter realizado algo de verdadeiramente útil, não como mérito individual, mas sempre em conjunto com a equipe e as pessoas atendidas. Tendo em vista o que foi discutido até o momento, encerro este artigo com a sugestão de expansão do trabalho com grupos de acolhimento

no sistema de saúde pública, quando possível ou compatível com o contexto local; desta forma ampliando o conceito de saúde e beneficiando seus usuários e a própria sociedade em múltiplos aspectos.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de. **Orientação Profissional em Dinâmicas de Grupo: Teoria e Técnica**. Campinas, Editorial Psy, 1995.

TAKIUTI, Albertina Duarte. **Programa Estadual de Saúde do Adolescente**. Disponível em

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/acesso-rapido/saude-do-adolescente/programa_saude_do_adolescente_objetivos_metas_resultados_ces.pdf>. Acesso em 08 Nov. 2011.

TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury. O encontro com o jovem de São Gabriel da Cachoeira. In:_____. **O Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje**. São Paulo, Vetor Editora, 2007.

WINNICOTT, Donald Woods (1971). **Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro, Imago, 1984.

**O SELF VIOLADO: A COMUNICAÇÃO POSSÍVEL EM PSICOTERAPIA DE UM MENINO
VITIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Gislaine Martins Ricardo Passarini⁵⁵

Maria Aparecida Mazzante Colacicco⁵⁶

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁵⁷

Resumo:

A violência doméstica desencadeia o sofrimento ao promover uma dissociação do Self. Os aspectos do Self mais indisponíveis para a comunicação são aqueles mais necessitados. O presente trabalho versa sobre a psicoterapia embasada no suporte da experiência emocional em um caso de violência doméstica. Para tanto, realizamos um estudo de caso por meio de um entrelaçamento clínico teórico, destacando aspectos clínicos relacionados ao conceito de comunicação para Winnicott. O potencial mutativo terapêutico se fez expressivo quando a terapeuta pode entender que os comportamentos, como comunicações não verbais, expressavam necessidades não supridas ao longo da vida, e assim pode oferecer o Holding, ou seja, sustentar a experiência emocional, o que significou suportar o silêncio e o sentimento de “não fazer nada” em favor da necessidade do paciente viver e construir naquele Espaço Potencial o seu mundo, no qual pudesse simbolizar a violência sofrida, bem como dormir e sonhar com o cuidado. Verifica-se que mesmo em casos graves, em que a violência e o abandono romperam a continuidade do Ser, é possível por meio de um ambiente facilitador, favorecer a expressão do Eu de forma mais genuína e autêntica, fortalecendo o viver real do paciente.

⁵⁵ Estudante da Pós Graduação do Programa Psicologia Clínica no IPUSP- Mestrado – membro do APOIAR.

⁵⁶ Doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, Psicóloga da Clínica Durval Marcondes do IPUSP, membro do APOIAR.

⁵⁷ Professora Associada do IPUSP. Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social.

Palavras Chaves: Violência Doméstica, Transferência, Comunicação e Espaço Potencial.

Introdução:

O presente trabalho versa sobre o potencial mutativo da psicoterapia psicanalítica embasada no suporte da experiência emocional em um caso de um menino de 10 anos vítima de violência doméstica extrema. Para tanto, realizamos um estudo de caso (YIN, 2009) por meio de um entrelaçamento clínico teórico, destacando aspectos no comportamento da criança, relacionados ao conceito de comunicação para Winnicott, autor de conceituado teor sobre o vínculo para embasar esse artigo.

O atendimento ocorreu no Projeto Apoiar inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, fundamentado nos pressupostos da psicanálise winnicottiana, em que o *holding* é a intervenção terapêutica principal (AIELLO-VAISBERG, 2009).

A violência doméstica desencadeia o sofrimento, uma vez que provoca um desequilíbrio psíquico, ao não ser representada ou simbolizada pela vítima. Devido a isso, configura-se como um fator de risco para o desenvolvimento, afetando a formação de identidade, e gerando distúrbios de personalidade e adaptação social e por isso, faz-se necessário a realização de intervenções clínicas (PINTO JR. & TARDIVO, 2008). A vítima pode desenvolver transtornos físicos, comportamentais, emocionais, sexuais, e sociais, os quais perduram ao longo da vida, mesmo após medidas de proteção terem sido tomadas (PINTO JR. & TARDIVO, 2010). Tardivo (2011) evidencia que esses jovens são mais propensos a desenvolverem um transtorno depressivo, com elevados níveis de ansiedade, baixa auto-estima e depressão, se comparados à população da mesma faixa etária sem histórico abusivo.

A teoria winnicottiana fornece importantes aportes para compreender e intervir junto àqueles que tão jovens viveram uma experiência desestruturante do Eu devido à violência. Winnicott (1955) definiu que a criança desajustada, aquela que o ambiente

facilitador não se ajustou às suas necessidades, possuem uma dificuldade maior de se adaptar às novas situações, justamente por essa experiência anterior de privação ter lhes provocado uma ruptura em seu desenvolvimento.

Winnicott defende que a atitude do paciente reflete uma organização defensiva em acordo com o grau de falha ambiental vivenciada em sua vida. Os pacientes buscam “lembrar” o trauma vivenciado no passado na transferência com o analista, no intuito de poder viver no presente aquela experiência que anteriormente não pode ser integrada no ego. Esse processo se dá por meio de um movimento regressivo, manifestado muitas vezes, por sintomas, como: medos e angústias, que apenas emergem quando o terapeuta, ao funcionar como ego auxiliar do paciente, criou condições ideais para que ele pudesse entrar em contato com as angústias impensáveis do passado. Nesse processo, é de fundamental importância que o terapeuta entenda essa necessidade do paciente e que sustente emocionalmente essa regressão do paciente rumo ao trauma, para que possa integrar a experiência (WINNICOTT, 1963a).

Para Winnicott, a comunicação está relacionada à interação construída entre a mãe e o bebê, de modo que ao se envolver empaticamente com seu bebê, a mãe procura satisfazer as necessidades deste promovendo uma experiência de integração e confiança. A mãe precisa perceber as mudanças de necessidades do bebê à medida que o desenvolvimento prossegue, provendo o manejo suficientemente bom em cada etapa (ABRAM, 2000).

Quando o indivíduo viveu em sua história de vida um trauma, ou seja, uma ruptura no sentimento de Ser, o verdadeiro Self se isola e o que se comunica com o mundo é o Falso Self que traz em si o sentimento de futilidade. A terapia pode favorecer a comunicação (verbal e não verbal) de estados afetivos, se o terapeuta é sensível para perceber qual fase do desenvolvimento o paciente reflete e manejar a transferência em consonância com esta. Muitas vezes, a necessidade do paciente é a de não se comunicar verbalmente e o terapeuta deve respeitá-lo, entendendo que os momentos mais silenciosos podem se referir a diferentes necessidades como, por exemplo: transmitir tranquilidade; preservar aspectos do Verdadeiro Self, ou expressar aspectos

ligados ao Falso Self. Nesse sentido, uma interpretação poderia ser mais traumática do que terapêutica (WINNICOTT, 1963b;ABRAM, 2000).

O terapeuta com seu paciente estabelece uma comunicação muito mais rica por meio de suas atitudes, manejo, ritmo e feição do que com verbalizações. Assim, Winnicott (1967) coloca que:

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o qual retirar-se, para relaxamento (p.161).

Para Winnicott (1971), a atitude adequada do terapeuta favorece a criação do Espaço Potencial, à medida que a relação seja baseada no respeito e acolhimento do gesto espontâneo do paciente, gerando um ambiente confiável propício ao crescimento emocional.

Ambrósio *et al* (2012) abordam que o atendimento clássico, no qual a comunicação verbal era o foco, fora ampliado conceitualmente, culminando no entendimento que a associação livre compreende “*um convite à busca de uma expressão subjetiva tão livre quanto possível*” (p. 276 grifos dos autores), sendo esta passível de ocorrer por outras vias de expressão, como o brincar, atividades artísticas e artesanais. Da mesma forma, os autores discutem também que a atenção flutuante estaria mais relacionada à capacidade receptiva do analista à comunicação do paciente. Para esses autores, o ambiente terapêutico precisa favorecer “*a capacidade criadora e brincante dos pacientes, permitindo acesso a um posicionamento no qual a dramática da vida, malgrado suas dificuldades, torna-se experiência que vale a pena vivenciar*”(AMBROSIO *et al*, 2012. p. 278).

Passamos agora à exposição clínica.

Caso clínico:

Sebastian⁵⁸ (10 anos) nasceu em um abrigo, quando sua mãe, Kátia (4) de 23 anos, estava abrigada após ter sofrido violência doméstica e tido vivência de rua. A mãe ao completar a maioridade saiu da instituição, mas não manteve contatos regulares com o filho. Aos nove anos, Sebastian fora desabrigado por seis meses como tentativa de aproximação da mãe estimulado pela instituição. Nessa época, Katia já possuía outros quatro filhos e encontrava-se casada com um homem (47anos) que era pai dos dois filhos mais novos.

Contudo, essa experiência fora traumática, pois ele sofrera violência por parte da mãe e do padrasto que entre outras ações, obrigaram-no a ingerir o próprio xixi devido à incontinência urinária que apresentou como sintoma nesse período. Em função desses fatos o poder familiar fora destituído e ele fora reabrigado. Sebastian também nunca soube quem foi seu pai.

Os responsáveis por ele buscaram atendimento no APOIAR, pois acreditavam que ele apresentava muitas dificuldades comportamentais, tendo sido diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por um psiquiatra que o medicava.

Quando Sebastian compareceu à entrevista, ele aparentava agitação e discurso infantilizado de difícil compreensão, e suas mãos eram trêmulas. Na hora lúdica, ele conseguiu se tranquilizar e jogar cartas. Em seguida, ele brincou sozinho, dividiu os carros e caminhões em distintos locais, a cegonha e mais três carros foram colocados em baixo do sofá maior e os outros carros foram colocados embaixo do sofá menor. Depois ele olhou para a janela e ficou estático, porém tranquilo. Ao ser questionado sobre o que ele estava olhando, ele disse: “o reflexo” (seu rosto refletido na vidraça). Ao término da hora, Sebastian voltou a se comportar de forma mais desorganizada, com o olhar desfocado e as mãos agitadas.

⁵⁸ Nome fictício, ,autorização para divulgação de material para fins científicos.

Sebastian manteve esse padrão de agitação durante algum tempo, principalmente antes e depois da sessão, no caminho de ida para sala e de volta para a recepção. Ela tocava os quadros do corredor, ligava e desligava o interruptor e etc. Contudo, ele conseguia ficar de forma mais tranquila dentro do espaço de tempo da sessão.

As brincadeiras de Sebastian no início de sua terapia adquiriram uma característica solitária ou estereotipada, e quase sempre silenciosa. Ele propunha jogos, como damas e uno, mas não suportava a comunicação. Depois de um tempo, o paciente interagiu de forma mais viva com a terapeuta, expressando uma brincadeira mais agressiva com uma bola de plástico que rebatia com força contra a parede, cadeiras e mesa promovendo barulhos.

Em outra sessão após a terapeuta ter acolhido esse gesto mais agressivo e vivo do paciente, ele pegou uma folha e começou a recortar, dobrar, colar, realizando tudo em silêncio. Ao finalizar, a terapeuta tentou interagir:

T: O que é isso que você fez?

S: É um porta retrato para colocar foto.

T: Puxa, que legal! E qual foto você quer colocar aí, uma sua?

S: Não. [...] Você me dá uma foto sua para eu colocar aqui?

T: Você quer uma foto minha?

S: Para eu lembrar de você quando a gente não for se ver mais.

T: Você pensa que a gente pode não se ver mais?

S: Vai que você viaja para um lugar bem longe e nunca mais volta. Eu quero lembrar de você.

T: Mas eu não pretendo viajar para nenhum lugar.

S: Mas vai que a sua mãe muda de casa, para uma casa bem longe.

T: Por quê você acha que isso pode acontecer?

S: como aconteceu com a Bia, ela [...] vai embora, ela vai para lá ficar com a família dela. (Tentei saber um pouco mais, mas ele não conseguiu dizer mais sobre a menina).

T: Eu moro nessa cidade e vou continuar te atendendo. Eu acho que talvez você fique com saudade de mim durante a semana quando não nos vemos. Eu trago a foto para você.

Na sessão seguinte, logo no início, a terapeuta perguntou se ele se recordava o que fora feito na semana anterior, a fim de ajudar no sentimento de continuidade, algo tão difícil para crianças que vivenciaram rupturas. A princípio, ele não se recordou, mas depois falou:

S: Eu fiz uma dobradura!
T: E essa dobradura era?
S: Era um porta retrato.
T: Então você lembra que eu fiquei de trazer uma coisa para você?
S: Lembro! Uma foto!
T: Então, eu fiquei pensando e achei melhor não trazer uma foto minha.
S: Não tem problema.
T: Eu pensei que o melhor era nós batermos uma foto aqui.
S: Você trouxe a máquina?
T: Sim.

Nesse momento, ele ficou bastante animado e começou a tirar muitas fotos. Ele desejou fotografar as árvores e enfatizou que estava tirando uma foto de uma árvore que estava crescendo. Em seguida, ele começou a montar um cenário com os bonecos de homens e animais, algo que ele nunca havia realizado. Nesse cenário, os homens matavam os animais e inclusive um homem apontava o rifle para o “*focinho*” (sic) do boi (na encenação tratava-se da parte traseira e não do focinho propriamente dito). Ele mudava os personagens, fotografando-os sempre.

A sessão seguinte ocorreu após uma falta dele e então perguntei se ele se recordava que eu ficara de trazer-lhe algo. Ele prontamente responde: “*as fotos*” (sic). Entreguei-lhe o álbum e ele verificou animadamente todas as fotos. Retirou do álbum uma em que estávamos juntos e afirmou que gostaria de coloca-la no porta retratos que estava fazendo. Ele comentou:

S: Essa é para quando eu não vier mais aqui, para você se lembrar de mim.
T: Mas eu estou aqui para atendê-lo.
S: E eu vou levar aquelas outras ali para eu lembrar de você.

Ele selecionou as fotos que queria e manteve as demais com a terapeuta. Ainda nessa sessão, ele se soltou mais e comunicou, fatos de sua vida emocional de uma forma como nunca havia feito antes, disse sobre seus sonhos, “*Eu não sonho, eu tenho pesadelo*” (sic).

Contudo, na semana seguinte ele apresentou-se triste e não quis brincar. Informou que todas as fotos haviam sido perdidas por seu colega do abrigo. Ele não demonstrou

disponibilidade para contar ou pensar sobre o ocorrido e apenas afirmou sobre a impossibilidade de ter as fotos novamente⁵⁹.

Depois desse fato ele começou a ler gibis nas sessões e não desejou mais conversar, apesar das tentativas da terapeuta para tanto. Semanas se passaram nesse movimento solitário, no qual ele não permitia a entrada da terapeuta. Ele lia os gibis em voz alta e as histórias em quadrinhos, sempre bastante violentas, preenchiam o vazio. Em uma sessão, ele deitou e dormiu na sala em cima de um pufe em posição fetal, tendo se dirigido à terapeuta apenas para se referir ao frio que sentia. Nessa situação, a terapeuta entendeu essa colocação como um pedido, e como portava um xale, ela o cobriu e depois apenas o observou como se velasse seu sono até o final daquela sessão. Aos poucos ele passou a dar sinais de que a interação entre a terapeuta e o paciente poderia voltar a ser mais interativa, ele aceitou a proposta de ler as histórias em quadrinhos em conjunto, até o momento em que pode propor novas brincadeiras. Contudo, momentos mais silenciosos sempre voltavam a acontecer e as tentativas de interação da terapeuta eram rejeitadas por ele, chegando ao ponto de solicitar que a terapeuta não falasse.

Em uma sessão o paciente chegou silencioso e apenas informou que faria um desenho e o fez de maneira primorosa durante toda a sessão. Em alguns momentos perguntou quantos minutos ainda faltam para terminar. Mas permaneceu em silêncio. Já bem próximo do término ele finalizou o desenho e informou que o fez como um presente para a terapeuta. Eu elogiei a produção. Ele sorriu. A terapeuta interpretou: *“Acho que você quis me dizer o quanto gosta de vir aqui e o quanto gosta de mim. Vou guardar com muito carinho.”*.

⁵⁹ Nessa situação, a terapeuta entrou em contato com a instituição para saber o que havia ocorrido. Os profissionais afirmaram que as fotos foram guardadas na pasta dele, justamente, para que ele não as perdesse e para que quando desejasse vê-las, as tivesse. Assim, havia uma incongruência entre a versão do paciente e dos responsáveis. Pela impossibilidade do paciente de conversar sobre o assunto, entendeu-se que o “sumiço das fotos” estava relacionado ao sentimento de desesperança dele. Pareceu-nos que para Sebastian as coisas boas eram perdidas, roubadas, enfim, não se mantinham com ele.

O atendimento fora interrompido pelos responsáveis devido a problemas de deslocamento da instituição para a Universidade, alguns meses após esta sessão e naquele momento o paciente já apresentava uma interação mais ativa e viva com a terapeuta, tendo apresentado uma forte diminuição dos comportamentos mais desorganizados que apresentava inicialmente. Durante o processo de desligamento, Sebastian pode inclusive verbalizar o quanto sentiria falta daquele seu espaço. Parece que ele intuía que, em algum momento, faltaria em sua vida, como as outras pessoas e coisas que desapareceram para ele. Em nossa despedida, a responsável por ele solicitou que a terapeuta tirasse mais uma foto com ele com a máquina da instituição e afirmou saber o quão importante era o vínculo construído para ele.

Discussão:

Esse caso ilustra o quanto a violência doméstica é um fator disruptivo do desenvolvimento. Os traumas promovem uma dissociação da personalidade. Na situação transferencial, a parte do Self do paciente que contém a criatividade consegue se colocar à disposição do crescimento e do tratamento e por isso comparece, se comunica ou silencia para elaborar; ao mesmo tempo, outra parte do Self encontra-se indisponível para se comunicar (ou brincar, interagir de forma viva) e reclama a não comunicação. Essa parte é a que retorna regressivamente para o momento em que determinadas necessidades não foram atendidas. O analista por meio de uma adaptação adequada às diferentes necessidades pode facilitar que o processo de crescimento seja retomado à medida que ao respeitar as diferentes necessidades, garante que o ego não se sinta ameaçado em sua integridade e prossiga rumo à maturação (WINNICOTT, 1963a/b, 1967; ABRAM, 2000).

Nesse sentido, Sebastian pode contar sua história da vida desde o primeiro contato com a terapeuta, corroborando para a hipótese de que qualquer indivíduo possui uma força que o impulsiona para o crescimento (WINNICOTT, 1967). Ele pode comunicar sobre a separação familiar e o quanto a falta do olhar da mãe fez falta para integrar quem ele era.

Contudo, as partes que precisavam ser integradas ao Self, promoviam uma não comunicação reativa (WINNICOTT, 1963b). Quando a terapeuta, com o auxílio da supervisão, pode compreender que os comportamentos, comunicações não verbais, expressavam necessidades não supridas ao longo da vida, pode oferecer o Holding, ou seja, sustentar a experiência emocional. Tal sustentação implicou que a terapeuta suportasse o silêncio e o sentimento de “não fazer nada” em favor da necessidade do paciente viver e construir naquele Espaço Potencial o seu mundo, no qual pudesse simbolizar a violência sofrida, bem como dormir e sonhar com o cuidado.

Conclusão:

A terapia pode propiciar o crescimento emocional, quando a comunicação se estabelece baseada no envolvimento empático do terapeuta com as necessidades do paciente. É necessário que o cuidador entenda que as comunicações não verbais transmitem estados afetivos em acordo com os pontos do desenvolvimento que não puderam ser suficientemente satisfeitos e por isso, demandam que uma relação de qualidade baseada no respeito possibilite a retomada do crescimento. Verifica-se que mesmo em casos graves, como o de Sebastian, em que a violência e o abandono romperam a continuidade do Ser, é possível por meio de um ambiente facilitador, favorecer a expressão do Eu de forma mais genuína e autêntica, fortalecendo o viver real do paciente. Os profissionais em contato com crianças vítimas de violência devem cuidar para que outras separações e perdas não favoreçam rupturas que reforcem a experiência traumática anterior.

Referências:

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro. Revinter. 2000. 305p.
- AIELLO-VAISBERG, T.M. J. O uso de enquadres grupais na clínica winnicottiana. In: TARDIVO, L.S.L.P.C. Org.) **Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica**. São Paulo. IPUSP. 2009.
- AMBRÓSIO, F.F.; AIELLO-FERNANDES, R.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Os fundamentos do estilo clínico “Ser e Fazer”. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & VAISBERG,

- T.M.J. **Caderno de Anais X Jornada Apoiar. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro.** São Paulo. IPUSP. 2012.
- COELHO, N. E. Jr.; BARONE, K.C. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.41 n.3 São Paulo set. 2007.
- MANNA, R.E.; CRUZ, M.S.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Estilo clínico Ser e Fazer e entrevistas terapêuticas para abordagem de Personalidades Coletivas. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & VAISBERG, T.M.J. **Caderno de Anais X Jornada Apoiar. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro.** São Paulo. IPUSP. 2012.
- PINTO JR., A.A. & TARDIVO, L.S.L.P.C. **IFVD**: Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: Vetor, 2010. p.87.
- PINTO JR., A.A.; VIEIRA, F.C.; SANTOS, M.R.; FRÓIS, N.M.R.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Vitimização e Violência: Atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados. In: TARDIVO, L.S.L.P.C, & GIL, C.A. (Orgs.) **Apoi**ar: novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo. Savier, 2008. p. 513-522.
- SCHVARTZAI, I.G.L.; SILVA, R.A.; COLACIQUE, M.A.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Percepção da comunicação não verbal na relação psicoterapêutica no atendimento de crianças. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & VAISBERG, T.M.J. **Caderno de Anais X Jornada Apoiar. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro.** São Paulo. IPUSP. 2012. p.399-
- TARDIVO, L.S.L.P.C. O Apoiar e os enquadres grupais. In: _____ (Org.) **Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica.** São Paulo. IPUSP. 2009.
- _____. Investigações e intervenção no contexto da violência doméstica contra crianças e adolescentes: propostas do Apoiar. In: _____. (Org.). **Anais IX Jornada Apoiar. Violência Doméstica e trabalho em rede: compartilhando experiências – Brasil, Argentina, Chile e Portugal.** Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2011. p. 41-58.
- YIN, R.K. **Estudo de Caso.** Planejamento e métodos. 4ªed. Porto Alegre: Bookman, 2010 (2009). 248p.
-

- WINNICOTT, D. W. Influências de grupo e a criança desajustada. (1955).In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p.213 – 225.
- _____. O medo do colapso. (1963a). In: KOHON, G. (org.) **A Escola Britânica de Psicanálise**. The middle group, a tradição independente. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1994. p.127-134.
- _____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. (1963b) In: _____. **O ambiente e os Processos de Maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre. Artmed, 1983. p.163-174.
- _____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. (1967). In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro. Imago. 1975 p.153-162.

A EXPRESSÃO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA E DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA

Loraine Seixas Ferreira⁶⁰

Paula Orchiucci Miura⁶¹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁶²

Dora Mariela Salcedo Barrientos⁶³

Resumo

Desde a década de 60 a gravidez na adolescência é uma preocupação mundial que afeta não só fatores biológicos da adolescente e de seu conceito, mas também repercute no âmbito psicológico, social, cultural, econômico e educacional. A violência também torna-se uma preocupação em todo o mundo, visto o aumento desta “epidemia silenciosa”. O Ministério da Saúde demonstra sua preocupação elaborando, em âmbito nacional, programas de educação sexual, gravidez assistida, além da criação de cartilhas e projetos visando à promoção da saúde e cultura de paz. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é compreender os aspectos psicológicos de adolescentes gestantes em situação de violência, utilizando-se, para atingir este objetivo, de entrevista e aplicação do teste da “Pessoa na Chuva”, que foram aplicados adolescentes gestantes, atendidas pelo Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São apresentados resultados preliminares do amplo Projeto em que se insere. Há tamanho pequeno, traçado interrompido e repassado, ausência de guarda-chuva, entre outros. Assim observa-se que as grávidas adolescentes que passaram por uma situação de violência em algum momento de sua história, desenvolvem menos mecanismos de defesa, denotam maior dificuldade de se

⁶⁰ Estudante de Pós Graduação – CPP Psicologia Clínica do IPUSP

⁶¹ Pós Doutora IPUSP

⁶² Professora Associada – IPUSP; Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social

⁶³ Professora Doutora – EACH USP- Líder do Grupo de Pesquisa: Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal

defender de situações de estresse

Desenho da pessoa na chuva; violência na gestação; gravidez na adolescência

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tratar-se-á de estudo com adolescentes gestantes e apresentando aspectos inovadores no enfoque aos aspectos psicológicos das mesmas, utilizando-se como técnica o desenho da “pessoa na chuva” em comparação ao Desenho da Figura Humana (DFH).

Contextualizando adolescência e gravidez

A adolescência é vista por alguns autores como uma fase transitória. Neto et al. (2007) também a vê dessa forma e acrescenta que nesta fase o adolescente tenta “matar” uma criança que existe dentro de si, para que a partir desta e das novas vivências, do aprendizado, dos processos diversos que vivenciam, sendo no âmbito social, biológico, psicológico e espiritual, como no anátomo-fisiológico, possa “nascer” um adulto socialmente aceito, espiritualmente equilibrado e psicologicamente ajustado (2007, p. 280).

Uma grande preocupação da saúde com relação à adolescência é a gravidez, pois ela costuma ser alta (em 2007 as mães com idade entre 15 e 19 anos representaram 20% dos partos) podendo ocasionar complicações na gravidez, parto e puerpério (Brasil, 2010)

Apesar de a gravidez muitas vezes ser vista como um problema, vergonha para a família e a perda da juventude, nem sempre ela é percebida desta forma pela adolescente, família e grupo social (Hoga et al., 2010). Muitas vezes a gravidez é vivida repleta de significados positivos, se apresentando como a busca de estabilidade e permanência, que poderia traduzir uma tentativa de obter autonomia e maturidade (Arenson apud Santos, 2003), ou uma forma de sair dos problemas domésticos, principalmente falta de liberdade e violência (Hoga et al., 2011).

A gravidez na adolescência vem ocupando significativa relevância no âmbito da saúde,

pois seus danos vão além dos fatores biológicos, repercutindo também no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, tornando-se um problema de enfoque multiprofissional, no qual se devem buscar medidas pragmáticas de intervenção.

Adolescência e a situação de violência

Segundo o Ministério da Saúde, dados obtidos pelo VIVA (Vigilância de Violência e Acidentes), entre 01/08/2006 e 31/07/2007, mostram que o sexo feminino é a principal vítima das violências domésticas e sexual, verificando que grande parte das violências acontece dentro de casa (50% dos casos de violência contra adolescentes) e são atos de repetição (31% dos casos) (Brasil, 2008).

A agressão afeta todos os tipos de pessoas independente de sexo, cor, raça, condições socioeconômicas. Estudo realizado no município de Campinas demonstrou que nem mesmo as gestantes são poupadas da violência, sendo que de cada seis, pelo menos uma é alvo de algum tipo de violência por parte do parceiro (Alves Filho, 2007).

Interessante notar que as experiências de violência, encontram nas técnicas projetivas uma importante forma de expressão. Os estudos de Scherb (2004) demonstram a eficácia das técnicas projetivas nesses casos. Em sua pesquisa com crianças vítimas de abuso sexual utilizou técnicas projetivas gráficas e temáticas, encontrando características associadas a quadros de estresse pós-traumático, sendo perceptível o elevado nível de ansiedade, sensação de distanciamento ou anestesia emocional e retração emocional.

Outra forma que também possibilita a comunicação da violência é o Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (IFVD), Tardivo & Pinto Junior (2010). Esse estudo apresentou resultados significativos em crianças e adolescentes vítimas de violência, sendo de importância por confirmar as consequências da vitimização, dos distúrbios de personalidade e problemas de adaptação social (Tardivo & Pinto Junior, 2010).

A violência ainda é difícil de ser identificada, devido ao difícil registro, falta de informação e preparo dos profissionais de saúde. Dessa forma, os serviços que prestam atendimento à saúde da mulher deveriam estar mais preparados e atentos para a investigação, acolhimento e atendimento da pessoa em situação de violência, o que demonstra a importância do aprofundamento em estudos neste assunto.

JUSTIFICATIVA

Casos de gravidez e violência na adolescência são considerados problema de saúde pública devido ao grande número de casos que se encontra em nosso país. A justificativa do presente estudos e dá pelos números publicados pelo Ministério da Saúde, que demonstra preocupação com a gravidez na adolescência e violência, esta última já considerada “epidemia silenciosa” pelo mesmo(Brasil, 2008).

No que se refere à gravidez na adolescência, o país registra anualmente 300 mil nascimento de filhos(as) de mães adolescentes (UNICEF, 2008)e na cidade de São Paulo 15% das mães são menores de 18 anos (Prefeitura de São Paulo, 2010).

Já com relação à violência, dados demonstram que na população adolescente a violência sexual foi a principal causa de atendimentos em unidades de saúde que integram o VIVA (56%), seguida das violências psicológica (50%) e física (48%). Os dados do VIVA ainda mostram que 78% dos adolescentes em situação de violência, atendidos em serviços de referência, eram do sexo feminino (Brasil, 2009).

Tanto a gravidez precoce como a violência traz à tona outras questões além da saúde, como abandono escolar, dificuldades econômicas e sociais. É importante um estudo que aborde os aspectos psicológicos e emocionais dessas adolescentes e as consequências para a saúde mental da adolescente e do filho gerado.

Com base nesta informação, o presente estudo se mostra de grande importância, à medida que recolherá dados que comparem o significado de adolescência, gravidez e violência em grupos de adolescentes nas três situações e a partir deste conhecimento se possa pensar em novas estratégias de prevenção, acolhimento e atendimento de adolescente sob essas condições.

OBJETIVO

Compreender os aspectos psicológicos de adolescentes gestantes em situação de violência que frequentam o Hospital Universitário da cidade de São Paulo comparando a um grupo controle.

MÉTODO

Este trabalho faz parte de um projeto maior, intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no hospital universitário de São Paulo: bases para intervenção” com registro CEP-HU/USP: 1214/12 e SISNEP-CAAE: 0043.196.198-11, bolsista na CNPQ, que busca conhecer a incidência e a experiência vivenciada diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas que frequentam um Hospital Universitário de São Paulo.

Visando atingir seus objetivos, foi utilizado entrevista individual com as gestantes, formulário para coleta dos dados relacionados com os antecedentes ginecológicos e obstétricos, IFVD(Tardivo e Pinto Junior, 2010), além dos testes projetivos Desenho da Figura Humana, o teste da Pessoa na Chuva e TAT.

Para aprofundar os estudos o presente trabalho tem como caminho metodológico a análise dos dados obtidos por meio da técnica do Desenho da Figura Humana (DFH) e do “desenho da pessoa na chuva”.

Participantes

GRUPO CLÍNICO: adolescentes grávidas e vítimas de violência;

GRUPO CONTROLE: adolescentes grávidas sem suspeita de violência;

O GRUPO CLÍNICO E CONTROLE foram as mesmas adolescentes do projeto maior, portanto farão parte da mesma metodologia.

É importante ressaltar que situação de violência foi referida pelas próprias participantes, porém não estão vivenciando situações mais graves, sendo que já vivenciaram e revelaram no momento mais a violência psicológica e abandono.

O critério de utilização para a classificação das adolescentes foi o mesmo do ECA, que considera adolescente o indivíduo entre doze e dezoito anos de idade (Brasil, 1991).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Técnicado Desenho da Pessoa na Chuva⁶⁴

De acordo com Querol & Paz(1997), a interpretação deste teste baseia-se nos mesmos princípios da interpretação da Figura Humana de Machover com relação aos elementos expressivos e ao conteúdo. O guarda-chuva é um elemento esperado, por representar a capacidade do uso de defesas para o enfrentamento de situações estressantes. Este é um indicador de grande relevância, tendo estudos revelando que crianças e adolescentes que passaram por situação de violência desenharam menos ou não desenharam o guarda-chuva (Queirole Paz, 1997; Vagostello 2007).

Com relação aos desenhos feitos pela adolescente, algumas categorias chamam mais a atenção, por exemplo, a frequência do traçado forte e repassado (maior angústia) e aqui também o traçado apagado, entre as adolescentes vítimas de violência, o que denota angústia. Também é encontrado o tamanho grande, mais relacionado à agressividade ou impulsividade (verificado também em crianças e adolescentes em situação de violência), a presença de chuva e de raios, o que demonstra mais tensão.

Já entre as adolescentes não vitimizadas, há sinais de maior proteção, por exemplo, pelo maior uso de guarda chuva. Nessas adolescentes predominou desenhos de tamanho pequenos, podendo indicar dificuldades emocionais (insegurança, fragilidade, dificuldade de se colocar em seu ambiente), possivelmente fator relacionado à gestação precoce.

Apesar de ambos os grupos estarem enfrentando a mesma situação (gestação em período precoce da vida) as que se passaram por uma situação de violência em algum momento de sua história, desenvolvem menos mecanismos de defesa. Dessa forma, observa-se que a situação de violência traz essa consequência, ocorrendo uma maior dificuldade de se defender de situações de estresse. Esse indicativo é de grande importância e se produz dados que reforçam a validade dessa técnica também como esse grupo.

Técnica do Desenho da Figura Humana (DFH)

⁶⁴ Esse item foi redigido com base na Tese de Doutorado de Vagostello (2007), que leva o mesmo título e foi desenvolvida sob orientação de Leila Tardivo, no IPUSP

O Desenho da Figura Humana é uma técnica gráfica, realizada por meio de desenhos projetivos que expressam necessidades pessoais, na qual o homem tende a ver o mundo segundo sua própria imagem. Segundo Hammer (1991) há alguns pressupostos básicos que fundamentam a visão projetiva desta técnica, entre eles o fato desses desenhos serem determinados por fatores psicodinâmicos nucleares, que surgem como resultado do conceito da imagem corporal. Para esse autor, cada indivíduo leva em seu aparelho psíquico uma imagem de sua estrutura e, em grande parte inconsciente, do tipo de pessoa que é, sendo que essa imagem se baseia em parte na convenção, sensações e estruturas somáticas e em parte na transposição simbólica das atitudes em características somáticas.

Ainda segundo Hammer (1991) há operações intermediárias entre os detalhes do desenho e as forças que o determinam. Essas operações possuem uma gramática e uma sintaxe semelhante às que permeiam os símbolos oníricos, os deslocamentos somáticos e as formações na fantasia. Essa técnica também permite o conhecimento de habilidades gerais e específicas (tendências e características predominantes na personalidade).

Para análise, os dados observados no DFH são os mesmos do Desenho da Pessoa na chuva, tendo as categorias predominantes se aproximando das vistas na técnica anterior, como o tamanho pequeno, interrompido e repassado continua predominante nas adolescentes do grupo clínico.

Algumas qualidades do traçado são próprias da fase evolutiva dessas jovens e foram encontrados em ambos os grupos, como por exemplo, os desenhos mais infantis. Também foram percebidas algumas características decorrentes da situação psicológica que a gravidez precoce possibilita, podendo observar a gravidez na adolescência trazendo impacto emocional, com qualidades que também foram percebidas no Desenho da Pessoa na Chuva, como maior desproporção e tamanho pequeno dos desenhos. Dessa forma, pode-se perceber a validade das técnicas, tendo os resultados de uma das técnicas confirmados pelos da outra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se percebe nas análises, as duas técnicas se repetem no que diz ao sentimento de maior angústia no grupo clínico e na insegurança das adolescentes que não relataram

vivenciar nenhum tipo de violência. O Desenho da Pessoa na Chuva ainda complementa esses dados, demonstrando a presença de maior proteção pelas adolescentes que não são vitimizadas.

Ambas as técnicas apontam para uma situação de conflito e desconforto no ambiente familiar e com relação aos parceiros das adolescentes, frente a gravidez (esses dados foram comprovados pelo próprio relato das participantes em entrevista individual), o que gerou sentimentos de desamparo nas adolescentes.

A partir do que foi exposto neste trabalho, pode-se notar que os resultados dessa pesquisa tem reforçado a necessidade da acolhida à essas meninas, para que possam gerar seus filhos, possibilitando manter seu desenvolvimento saudável. Assim, é recomendável não apenas programas de prevenção, mas também de intervenção, visando maior condição para o desenvolvimento da adolescente, para que esta possa vivenciar a maternidade, dando condições para que seus filhos possam também se desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves Filho M. *Nem gestantes são poupadas da violência doméstica*. *Jornal da Unicamp*, Campinas. 8-14 out. 2007 [citado 06 out. 2012]. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju375pag09.pdf.
- Barrientos, D.M.S. Et al. "Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no hospital universitário de sao paulo: bases para intervenção". Relatório Final: Processo: 402512/2010-3
- Brasil. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS nº 5 –Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III*, Brasília/DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008
- _____, *Painel de indicadores do SUS nº 6 –Temático Promoção da Saúde IV*, Brasília/DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2009
- _____, Brasil. *Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e de outras providências*[Internet]. 1991 [citado 06 out. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm.

- _____, *Brasil acelera a redução de gravidez na adolescência*, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137> Acesso em 01/06/2012
- Hoga LAK, Borges ALV, Alvarez REC. *Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família*. Acta Paulista Enfermagem. 2009;22(6):779-85 [citado 05 out 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000600009&lang=pt
- Neto, G. X. et al. *Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes*, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>>. Acesso em 28/05/2012
- Prefeitura da Cidade de São Paulo. Portal da Prefeitura. *Ações interativas para reduzir a gravidez na adolescência*. São Paulo: Prefeitura da Cidade, 2006 [citado 05 out. 2012]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=13371.
- Querol, S.M. & Paz, M.I.. *Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: JVE/Psiqué, 1997.
- Santos SR, Schor N. *Vivências da maternidade na adolescência precoce*. Revista de Saúde Pública. 2003;37(1):15-23 [citado 07 out. 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000100005&lang=pt
- Scherb, E. (2004). *Crianças vítimas de abuso sexual: um estudo compreensivo considerações sobre os efeitos psicológicos*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Unicef Brasil. *Infância e adolescência no Brasil*[Internet] [citado 05 out. 2012]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>.
- Tardivo LSLPC, Pinto Junior AA. *Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. 1ªed. São Paulo. Vetor, 2010.
- Vagostello, L. *O emprego da Técnica do Desenho da Pessoa na Chuva: uma contribuição ao estudo psicológico de crianças vítimas de violência doméstica*. Tesede Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
-

CONFLITOS DA ADOÇÃO DE CRIANÇAS ENTRE FAMILIARES.

Elisa Bernal⁶⁵

Isabel G. Lopes Schvartzaid⁶⁶

Karina Simões Parente⁶⁷

Silvia Teresa Collakis⁶⁸

Maria Aparecida Mazzante Colacique⁶⁹

Yara Malki⁷⁰

Leila S. de La Plata C. Tardivo⁷¹

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de atendimentos de três crianças e sua mãe adotiva, realizados por profissionais do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social - APOIAR, do Instituto de Psicologia da USP, orientado pela Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Nestes atendimentos, pudemos perceber conflitos vivenciados pelos membros da família mencionada, desencadeados pela temática da adoção. A mãe adotiva é tia biológica de duas das três crianças atendidas. A criança mais velha, não possui vínculo familiar com a mãe adotiva, sendo a única que despertou real interesse em ser adotada. Os vínculos familiares são conflituosos e marcados pelo abandono, desamparo e abusos sexuais. Durante os atendimentos, que foram realizados individualmente e discutidos em grupo de supervisão, foi possível perceber mecanismos de projeção da mãe, que vivia intenso sofrimento em suas relações com figuras paterna, materna e entre irmãos. Na relação com as crianças,

⁶⁵ Estudante de graduação – IPUSP – pesquisadora do APOIAR

⁶⁶ Psicóloga - pesquisadora do APOIAR

⁶⁷ Psicóloga - pesquisadora do APOIAR

⁶⁸ Psicóloga - pesquisadora do APOIAR

⁶⁹ Pós doutora – FPCE – Universidade de Coimbra/ Psicóloga da USP - Psicóloga - pesquisadora do APOIAR

⁷⁰ Estudante de Doutorado – Programa de Pós Graduação PST – IPUSP- Psicóloga - pesquisadora do APOIAR

⁷¹ Professora Associada do PSC – IPUSP- Coordenadora do APOIAR

estes conflitos se apresentavam identificados com semelhantes sentimentos, na tentativa de se perceber como a mãe boa, porém identificando aspectos destrutivos em relação às crianças, que não conseguiam compreender os motivos.

Palavras-chave: Adoção, família, identificação, agressividade.

INTRODUÇÃO

Segundo Bowlby (1956), quando 'nascem' os pais, ou seja, quando seres humanos tornam-se pais, fortes emoções são despertadas. São emoções tanto de extrema devoção, renúncia a outros interesses e possessão, quanto de ressentimento e até mesmo ódio. A capacidade de regular tal ambivalência de sentimentos é o ponto mais importante neste 'nascimento'. Além disso, os sentimentos que são despertados pela maternidade e paternidade são bastante semelhantes àqueles surgidos na infância em relação aos próprios pais e irmãos.

Bowlby (1956) entende que não seja uma simples repetição de antigos sentimentos, mas sim a dificuldade em tolerar e regular tais sentimentos. As pessoas que experimentaram intensa ambivalência na infância e recorreram a mecanismos mais primitivos como projeção, deslocamento e outros, apresentam-se despreparadas para a renovação do conflito quando se tornam pais. Sentem-se impulsionadas por forças que ignoram, porque não reconhecem a verdadeira origem de seus sentimentos em relação à criança, apresentando espanto ao se perceberem incapazes de agir com todo o amor e paciência que desejam.

Winnicott (1956) elaborou o conceito de *preocupação materna primária* para descrever um estado que se inicia no final da gestação e vai até algumas semanas após o nascimento. Neste período, há um retraimento e sensibilidade exacerbados, que constituem quase uma doença, da qual a mãe se recupera à medida que o bebê a libera. Este estado está relacionado a uma identificação da mãe com a figura do bebê e ao contato com os seus próprios conteúdos primitivos. Isso permite que ela possa reconhecer e atender às necessidades do filho, o que é um pré-requisito para o cuidado materno suficientemente bom.

No entanto, esse mesmo autor postula:

(...) Porém uma mãe adotiva, ou qualquer mulher que possa ficar doente no sentido de apresentar uma preocupação materna primária pode ser capaz de se adaptar suficientemente bem, por ter alguma capacidade de se identificar com o bebê (WINNICOTT, 1956 apud KRAHL; MOREIRA; ROLDO, 2010, p. 151).

Por outro lado, ele afirma que a condição de maternidade por si só não é suficiente para que a mãe desenvolva este estado.

Muitas mulheres são com certeza boas mães em todos os outros aspectos, e levam uma vida rica e produtiva, mas não têm a capacidade de contrair essa 'doença normal' que lhes possibilitaria a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos. Ou conseguem fazê-lo com um filho e não com outro. (WINNICOTT, 1956, p.401)

Em relação à temática da adoção é interessante notar, conforme aponta Teixeira (2000), que já na queixa apresentada ao psicólogo pelos pais aparece uma denúncia do 'estranho' como forma de defesa para afastar qualquer possibilidade de aproximação entre os próprios pais e o sintoma da criança, isto é, *"os sintomas ou queixas apresentados são explicados e justificados como sendo inerentes à criança, e estranhos a eles (pais)"* (p. 64).

A esse respeito, Teixeira (2000) também chama a atenção para a existência de uma projeção maciça nos componentes genéticos da criança, que faz com que esta seja identificada como um indivíduo (ou objeto) desvalorizado e até mesmo denegrido, visto que se trata muitas vezes de filhos biológicos de sujeitos que não estão em condições de criá-los. Em outras palavras, os pais de crianças adotivas muitas vezes *"(...) falam de um filho constituído e concebido psiquicamente de conteúdos negativos, como se trouxessem em sua bagagem algo que o marca e que, por mais esforço que façam, esse filho nunca sai desse lugar..."* (TEIXEIRA, 2000, p. 65).

A impossibilidade de que o filho saia do lugar em que os pais o colocaram (ou seja, do lugar de denegrido) leva a outra situação citada por Teixeira (2000) e que também pôde ser observada no presente caso: a negação frequente dos recursos que as crianças possuem.

Por sua vez, a identificação das crianças adotivas com objetos denegridos faz com que os pais encontrem muitas dificuldades para lidarem com problemas inerentes ao desenvolvimento de qualquer criança. Sobre isto, Teixeira (2000) afirma:

Qualquer manifestação de exigência inerente ao desenvolvimento é sentida como algo que o caracteriza como um ser voraz e destrutivo, do qual estes pais precisam se defender. O filho é sentido como alguém inadequado e ameaçador. A incapacidade de serem pais continentes impede que ajudem o filho a elaborar as angústias e as ansiedades daquilo que está vivendo, o que leva a um círculo vicioso, no qual a criança também contribui para criar e manter o lugar da projeção. (TEIXEIRA, 2000, p. 79)

Outro ponto que merece destaque e é descrito também por esta autora diz respeito ao fato de que as dificuldades concernentes ao comportamento das crianças muitas vezes são interpretadas pelos pais como sinais de que eles falharam na função parental, isto é, “o filho é sentido por eles como aquele que denuncia o sentimento neles presente de pais inadequados ou inábeis” (TEIXEIRA, 2000, p. 80).

Ela comenta, a respeito de um caso atendido, que os pais adotivos sentiram-se ameaçados quando a filha atingiu a fase da adolescência porque o movimento de diferenciação desta foi sentido pelos pais como uma afronta ao próprio narcisismo deles. Nesta situação os pais falharam na tarefa de estabelecerem uma relação continente que favorecesse o estabelecimento das relações objetais, conforme Bion bem apontou.

Teixeira (2000) complementa esta ideia mostrando que em outro caso acompanhado por ela existia ainda um movimento dos pais que buscava dificultar ou até mesmo impedir o estabelecimento de vínculos duradouros por parte do filho com qualquer outra pessoa, ao mesmo tempo em que era a criança quem era colocada no lugar de quem detém um poder destrutivo.

A ambiguidade aparece em diversos momentos do trabalho com famílias como essas. Há, por exemplo, um receio quanto ao movimento de diferenciação das crianças, ao mesmo tempo em que os pais muitas vezes se esforçam para impedir o estabelecimento de um vínculo mais maduro com os filhos adotados.

A partir das considerações feitas anteriormente, pode-se perceber que entra em jogo no caso da adoção um operador de extrema importância, isto é, a questão do reconhecimento. Lévy-Soussan (2006) apud Queiroz e Passos (2012) discorre a respeito deste assunto ao trabalhar a temática da ficção familiar, a qual, de acordo com ele “(...) depende da capacidade de seus membros de ficarem em seus lugares, mas também do reconhecimento, pelos outros, do lugar que cada um ocupa” (LÉVY-SOUSSAN, 2006 apud QUEIROZ; PASSOS, 2012, p. 66). Assim, a partir do momento em que o lugar do filho é colocado em xeque, a função materna também é, desembocando em um círculo vicioso no qual o papel de cada um na família é constantemente desafiado pelos outros.

Conforme explica Lévy-Soussan (2006) apud Queiroz e Passos (2012), enquanto os pais não acreditarem na ficção da adoção – isto é, na possibilidade de que uma criança gerada por outras pessoas possa se transformar em um filho – as crianças também podem começar a desafiar a posição de outros membros da família, sejam esses pais, irmãos, tios, avós etc.

Bowlby (1976) traz a importância da motivação dos pais substitutos. Faz algumas associações sobre a vida do casal e as características das crianças que com eles estarão convivendo. Ou seja, o autor considera importante que haja uma pré-avaliação da criança a ser encaminhada e dos pais substitutos que a receberão.

OBJETIVO

Esse trabalho visa compreender aspectos da psicodinâmica de uma família, partindo da mãe como foco privilegiado que expressam dificuldades relativas com a adoção de crianças que mantem laços consanguíneos com os adotantes.

METODO

Optou-se por seguir neste texto a metodologia descrita e discutida por Tardivo (2004). Este método, embasado pelo pensamento de Bleger (1975), concebe que a

relação sujeito-meio não é simplesmente linear, de causa e efeito entre os objetos distintos e separados. Ou seja, há uma permanente relação entre indivíduo e sociedade. Na verdade, sujeito e meio são integrantes de uma só estrutura total. O campo é assim considerado em sua totalidade. Faz sentido pensar que a conduta é, assim, uma modificação “do campo e não uma mera exteriorização de qualidades internas do sujeito nem tampouco um simples reflexo ou resposta linear a estímulos externos”. (BLEGER, 1975, p. 48)

Bleger (1975) emprega estes conceitos de sentido e significado como sinônimos, salientando as intensas relações que a conduta tem com a vida e a personalidade total do homem em uma dada situação. Mas “o que melhor qualifica o sentido é o fato de que toda conduta é um sucesso ou acontecer humano” (BLEGER, 1975, p. 114). Ainda seguindo as ideias deste autor (Bleger, 1975) a ciência não é um método ou um conjunto de verdades reveladas, feitas de uma vez para sempre. É então um processo que se constrói. Isso quer dizer que tanto o conhecimento como os meios instrumentais para obtê-lo são mutantes e constituem na sua totalidade um processo muito complexo, que não é linear e nem unidirecional.

Tardivo (2004 e 2007) se utiliza desta concepção ao fazer pesquisa, afirmando que pesquisar em psicologia não é apenas um trabalho de revisão bibliográfica, ou do que já foi escrito. Isso deixa de lado o que é fundamental. Trata-se de conhecer e, ao mesmo tempo, modificar a realidade.

Bleger (1975) ainda afirma não existir método objetivo puro. Estabelece que “a única forma de ser objetivo é de ajustar a relação entre o objetivo e o subjetivo em um processo de interação dialética” (BLEGER, 1975, p. 223). Assim, não se pode conceber um método objetivo por um lado e subjetivo por outro. O método científico é o emprego correto de recursos objetivos e subjetivos em permanente inter-relação.

Poderia dizer ainda que se trata de uma metodologia qualitativa de trabalho que se desenvolve numa situação natural, é rico de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. (TURATTO, 2003). Esse autor afirma que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu setting

natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para eles.

Dentro do método qualitativo, o estudo de caso se constitui em uma das formas mais relevantes (LÜDKE, 1986). Foi o empregado no presente estudo. Assim visou-se conhecer no sentido mais profundo a situação que vivem essas crianças e sua mãe adotiva, numa relação, a qual buscou também proporcionar uma compreensão e, sendo possível visou a intervenção, de forma indissociada e dinâmica.

Os nomes utilizados como referencia aos pacientes são fictícios e as suas idades sofreram leves alterações, de forma a preservar as identidades dos participantes⁷².

RELATO DO CASO

Inicialmente Ana procurou atendimento psicoterápico em 2010 para o seu filho Felipe, nove anos, na clínica do Instituto de Psicologia da USP, e foi acolhida no APOIAR. Felipe foi encaminhado pelo Programa Religar da Liga Solidária (instituição que mantém parceria com o APOIAR), por apresentar sinais de agressividade, dificuldades de aprendizagem, ansiedade e depressão. Posteriormente, a psicóloga que atendia Felipe, em conjunto com o grupo de supervisão no qual o caso era discutido, entendeu que Ana também estava em grande sofrimento emocional e necessitava de acolhimento, sendo encaminhada para psicoterapia. A queixa inicial dizia respeito a sua impossibilidade de controlar o comportamento das crianças, que destruíam diversos objetos da casa, ameaçavam bater na avó, criavam confusões na escola etc.

Nesse período a mãe de Ana estava com uma doença grave, permanecendo hospitalizada por um longo tempo e tendo sido desenganada pela equipe médica. Havia um sentimento generalizado de culpa por parte de todos os membros da família e eles estavam bastante fragilizados diante desta situação.

⁷² Os responsáveis assinam termo de Consentimento quando de seu ingresso no APOIAR, permitindo o uso do material em comunicações científicas

Meses depois Cecília, a criança mais nova, com sete anos, chegou para uma avaliação psicológica, encaminhada pela escola, pois há algum tempo vinha apresentando comportamentos agressivos no ambiente escolar.

Em seguida, o filho mais velho, Gabriel, com onze anos também veio para a clínica com queixas de agressividade na escola, crises de choro, dificuldade de concentração e prejuízos no desempenho escolar. Até um ano antes de iniciar terapia, Gabriel tinha como informação que seu pai biológico era o mesmo de seus irmãos. Porém, de maneira pouco cuidadosa o homem revelou que não era seu pai e que não sabia quem seria. Gabriel passou ainda a saber que tem seis irmãos mais velhos que residem em abrigos.

Assim, as três crianças, Cecília, Felipe e Gabriel iniciaram atendimento com três psicólogas distintas. Felipe e Gabriel permaneceram com as mesmas psicólogas durante todo o processo, enquanto Cecília sofreu a mudança de profissional (interrupção da primeira psicóloga e retomada com uma nova). A família faltava ocasionalmente às sessões e interrompeu o tratamento por três vezes, sendo a terceira definitiva.

Ana iniciou seu processo psicoterapêutico em 2010. Ela também teve o tratamento descontinuado e depois retomado com outra profissional, devido à impossibilidade da primeira psicóloga de dar prosseguimento ao trabalho. De início, pôde-se perceber que a situação girava em torno da questão da adoção. A paciente afirmava que seu desejo era ter adotado apenas o mais velho dos irmãos, mas que sua mãe a convencera a adotar os três, porque os outros dois eram filhos de seu irmão com uma moradora de rua que não tinha condições de criar nenhum deles. Ana também cogitava com certa frequência a possibilidade de “devolver” as duas crianças mais novas, permanecendo apenas com Gabriel como seu filho.

É importante ressaltar que a relação de Ana com este irmão, pai das crianças, era comprometida em função de ele tê-la assediado sexualmente durante o início de sua adolescência. Este fato torna possível compreender o motivo pelo qual Ana apresentou sentimentos ambíguos e uma certa resistência em relação à adoção das crianças mais novas (Cecília e Felipe). Gabriel é irmão de Cecília e Felipe apenas por parte de mãe.

Gradativamente, porém, Ana passou a poder olhar para questões mais pessoais e íntimas, como o relacionamento com suas figuras parentais e também a própria

sexualidade, que pareceu até então pouco explorada e deixado de lado, em detrimento à relação com os filhos. Sobre suas relações familiares, ela contou que teve três pais ao longo de sua vida, conforme os relacionamentos de sua mãe, sendo um seu pai biológico, outro quem a registrou e o terceiro quem ela mais se afeioou dentre os três.

A relação de Ana com Gabriel apresentava característica simbiótica, sendo que ela depositava nele toda sua expectativa de ser mãe e intensa dificuldade de permitir que ele crescesse. O menino passou a apresentar sintomas de anorexia e bulimia, verbalizando que não comia para desafiar a mãe, que lhe trazia a sensação de aprisionamento a todo momento.

Também observou-se que Ana manifestava um forte temor de perda em relação a Gabriel, o que acarretou numa intensa proteção por parte dela. Isso impediu que ele tivesse acesso às informações de sua origem de vida: mãe e pai biológicos, irmãos etc. O paciente apresentava grande dificuldade de acessar ou entrar em contato com sua capacidade de reconhecer as próprias emoções e perceber sua condição de conter e dominá-las. Ele evitava pensar e sentir as emoções relacionadas à sua história familiar.

A relação com Felipe era a mais conflituosa. A todo momento a criança era comparada com o pai biológico, que era usuário de drogas e já fora preso por cometer alguns delitos. As comparações eram baseadas tanto nos seus comportamentos, como na semelhança física dos dois.

Já Cecília demonstrava ser a que lhe proporcionava maior condição de reflexão. Esta criança parecia ocupar um papel de (pseudo) maturidade que a família não conseguia desenvolver. Geralmente Cecília pontuava algumas coisas para a mãe de forma que a fazia pensar e perceber algumas atitudes inadequadas com os filhos. Cecília era uma criança extremamente inteligente e sensível, muito atenta ao que se passava à sua volta. Nas sessões de psicoterapia notava-se constante conteúdo de agressividade, expresso em desenhos, brincadeiras e histórias por ela contadas. Este conteúdo era manifestado de forma simbólica (morte de animais, traço forte do desenho, brincadeiras com homens maus que judiam dos bichos etc.) e nunca concretamente com a terapeuta, pois ela se mostrava uma criança bastante dócil e com abertura para o vínculo. É importante frisar que o tratamento de cada criança e da mãe abordava questões

particulares das mesmas, mas também considerava questões familiares e, portanto, comuns aos três atendimentos, o que era discutido em espaço de supervisão grupal semanal.

DISCUSSÃO

A partir do breve relato do caso clínico, podemos estabelecer alguns paralelos com o referencial teórico adotado, visando ampliar a compreensão do processo psicoterapêutico da família em questão. É interessante notar que a ficção familiar presente durante a infância de Ana não foi completamente bem sucedida, dada sua busca por uma referência paterna, que apenas logrou algum resultado após a terceira tentativa, e o difícil relacionamento com a mãe. Além disso, seu contato com os irmãos também foi um tanto quanto conturbado, considerando que, de todos os filhos de sua mãe, apenas ela conviveu durante toda a infância com a figura materna, o que foi motivo de muito ciúmes por parte dos outros.

Ana vivenciou intensos conflitos em sua infância, tanto na relação com as figuras paterna, como materna e entre irmãos. Sem elaborar e se preparar para este papel de mãe, tornou-se ainda mais difícil assumir esta responsabilidade sem projetar seus conflitos de abandono, desamparo e violência nas crianças adotadas.

O fato das três crianças serem filhas de uma moradora de rua usuária de drogas contribuiu para a visão de Ana de que as crianças possuíam uma carga genética de alguma forma inferior. No entanto, o fator mais decisivo para isto foi o fato das duas crianças mais novas serem também filhas de seu irmão acusado de abusar sexualmente de Ana.

Observou-se que o principal mecanismo de defesa de Ana para lidar com a angústia era a cisão, que pode ser verificada na separação que ela criou entre a mãe boa e a mãe má, esta última identificada com a mãe biológica que não teve condições concretas de criar seus próprios filhos. Assim, apesar de questionar sua capacidade de mãe por não conseguir lidar com as dificuldades da criança, a mãe adotiva pode

encontrar alguns recursos para amenizar sua frustração culpabilizando a mãe biológica e a carga genética dos filhos como únicos responsáveis pela situação. Isso talvez explique em parte o porquê de Ana sempre se referir à mãe de seus filhos adotivos e ao seu irmão de maneira agressiva e com o objetivo de depreciar os dois frente aos filhos.

No caso em questão, desempenhar bem a função materna era uma questão primordial para Ana, que ficava a todo momento se comparando com sua irmã e com sua própria mãe no que dizia respeito a este aspecto. Por ser uma pessoa que leva muito em consideração a opinião dos outros (e, principalmente, de sua mãe), Ana se sentia extremamente incomodada com a possibilidade de não estar exercendo seu papel de mãe de maneira satisfatória e este incômodo era ainda maior quando ela escutava dos outros que sua irmã era a mãe perfeita, considerando que era Ana quem passava a maior parte do tempo também com sua outra sobrinha. Além disso, mesmo sabendo que sua mãe havia criado um filho (o pai das crianças em questão) que se tornou usuário de drogas e foi preso mais de uma vez, Ana ainda sentia que o comportamento de seus filhos denunciava o quanto ela não conseguira ser uma mãe tão boa quanto a sua própria. A ameaça representada pela fase da adolescência também foi sentida por Ana, que já manifestou diversas vezes sua preferência por cuidar de bebês e sua decepção ao ver que os bebês crescem. Isto fica mais evidente na relação com Gabriel, com quem Ana desenvolveu este vínculo simbiótico de maneira mais intensa, prejudicando seu desenvolvimento físico e psíquico.

Esse receio frente à diferenciação do filho é decorrente muitas vezes de uma falta de confiança no vínculo estabelecido entre este e os pais adotivos, o que explica o porquê de Ana se sentir tão ameaçada quando os filhos demonstravam interesse em conhecer a mãe biológica e em conviverem um pouco mais com o pai, com o qual tinham pouco contato. Além disso, Ana muitas vezes não permitia que os filhos saíssem de casa e, simultaneamente, colocava a responsabilidade pela restrição de sua vida social nas crianças, que de acordo com ela nunca poderiam ficar sob a responsabilidade de nenhum outro adulto em virtude de suas crises de agressividade e destruição.

A ambiguidade aparece em diversos momentos do trabalho com famílias como essa. Há, por exemplo, um receio quanto ao movimento de diferenciação das crianças, ao mesmo tempo em que os pais muitas vezes se esforçam para impedir o estabelecimento de um vínculo mais maduro com os filhos adotados. Já apareceu em mais de uma sessão com Ana conteúdos em que tal ambiguidade se manifestava claramente, sendo que ela dizia para as crianças que elas não eram filhas dela e que, a qualquer momento, ela poderia se dirigir ao fórum com o intuito de “devolvê-las” (termo utilizado por ela nas sessões).

Ainda em relação à ambiguidade, e retomando um aspecto já abordado neste trabalho, Ana sentia a necessidade de mostrar às crianças que estas não eram filhas dela, mas causava-lhe intenso sofrimento ouvir isto de terceiros. Uma das grandes dificuldades enfrentadas pela família era decorrente do fato de Ana não ter conseguido formalizar o pedido de adoção na justiça porque sua mãe insistia no fato de que seu irmão era pai das crianças. Ele, portanto, deveria também ser responsável juridicamente por elas, embora não contribuísse financeiramente com Ana e nem se dispusesse a tomar conta das crianças, frequentar as reuniões escolares etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso acima descrito ilustra a experiência de atendimento de uma família que trava um embate frente à problemática da adoção. As questões da maternidade e da adoção por si só já são naturalmente delicadas, pois, além de envolverem uma transformação na dinâmica familiar, proporcionam o retorno transitório dos pais a conteúdos mais primitivos do ego.

No caso em questão, a adoção aconteceu dentro do próprio núcleo familiar, que carregava um pesado histórico de abuso sexual e de relações parentais e fraternais conflituosas e carregadas de culpa. Observou-se a dificuldade da mãe em lidar com seus próprios conteúdos agressivos e com a ambivalência vivida em relação à adoção, a começar por Ana não ter desejado adotar dois de seus três filhos; por essas crianças serem filhas do irmão que a assediou sexualmente; pelo processo formal de adoção não

se concretizar, vulnerabilizando seu lugar como mãe; pelas constantes ameaças de devolução que fazia aos filhos, e, por fim, pela culpa por não se sentir boa mãe.

Essas ambivalências são uma tradução de dificuldades psíquicas e sociais de Ana e de seu entorno familiar e refletiram-se em sintomas desenvolvidos pelos três filhos adotivos: o transtorno alimentar de Gabriel, o comportamento antissocial de Felipe e a pseudo normalidade de Cecília que encobria uma agressividade que não podia ser experimentada.

Ana recorria a mecanismos primitivos de defesa, sendo a cisão do objeto em bom e mau uma das principais. Devido ao poder mortífero de suas ansiedades, nos momentos em que Ana começava a se aproximar destes conteúdos em psicoterapia, ocorria o rompimento, que culminou no abandono do processo.

Por outro lado, o relato do caso mostra como abrindo espaço que que aspectos conflitivos da mãe que adota, e dos vínculos que estabelece com os filhos adotivos e com sua história de vida, traz uma possibilidade de que essas realções possam se desenvolver de forma mais harmoniosa, trazendo esperança que que todos possam se desenvolver, incluindo as difíceis experiências por que passaram, mas ao mesmo tempo, conseguindo se vincular sem tanto sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENTO, R. Família substituta: uma proposta de intervenção clínica na adoção tardia. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2008, 10(2), p.202-214.
- BLEGER, J. *Psicología de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1975.
- BOWLBY, E.J.M. et al. *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. 2. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- BOWLBY, E.J.M. *Formação e Rompimento de Laços Afetivos*, 3. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- KRAHL, S.; MACHADO, R; ROLDO, E. A adoção na perspectiva psicanalítica. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.09, Jan/Jun 2010, p.149-166.

Lüdke, M. e André, M. E.D. – “*Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*”. São Paulo, E.P.U., 1986.

QUEIROZ, E.F.; PASSOS, M.C.P. *A clínica da adoção*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.

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,

TEIXEIRA, A.C.P. *Adoção: um estudo das motivações conscientes*. 1 ed., Lorena: Stiliano, 2000.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 2003.

WINNICOTT, D.W. (1956) A preocupação materna primária. In _____. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p.399-405

A PROPOSTA DE MAPEAMENTO E INTERVENÇÃO ANTE AO USO E CONSEQUENCIAS DE USO DE ÁLCOOL E DROGAS EM UMA ONG PAULISTANA

Luiz Tadeu Gabriel Filho⁷³

Patrícia Beretta Costa⁷⁴

Marli de Oliveira⁷⁵

MÁRIO MARTINI⁷⁶

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁷⁷

RESUMO

O uso, abuso e dependência de álcool e drogas vem se configurando como um problema mundial, e também no Brasil. Trata-se de problema de saúde pública dos mais graves e deletérios, sendo os efeitos para o jovem, a família e a sociedade toda. Tem repercussões econômicas, políticos e sociais muito amplas e cada vez mais preocupantes. Um projeto como esse se se justifica, em função da dimensão do fenômeno, sendo essencial conhecer e compreender como os jovens encaram e lidam com essa. Esse trabalho se refere a demanda de uma intervenção junto aos funcionários de uma ONG paulistana, devido ao uso abusivo de álcool em festas da instituição. Seguindo este pedido, formulou-se um projeto de Extensão Universitária, junto à respectiva Pró-reitoria da Universidade de São Paulo, viabilizando a participação de estudantes de pós-graduação e graduação na proposta de intervenção. Como objetivos, pretende-se apresentar a formulação de um projeto de intervenção com a realização de um mapeamento quantitativo da população através de questionários AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e DUDIT para identificação de indivíduos com possibilidades de desenvolver problemas com o uso de drogas. A partir de passos

⁷³ Estudante de Pós-Graduação – PSC- IPUSP - pesquisador do APOIAR

⁷⁴ Estudante de Graduação – PSC- IPUSP - pesquisadora do APOIAR

⁷⁵ Coordenadora do Programa Religar – Liga Solidária

⁷⁶ Diretor Geral do Educandário Dom Duarte – Liga Solidária

⁷⁷ Professora Associada – PSC- IPUSP - Coordenadora do APOIAR

desenvolvidos cuidadosamente (contados com gestores, reuniões com os grupos, aplicação dos questionários), a proposta desse projeto consiste em conscientizar uma população em geral como parte de um processo de prevenção. Destaca-se ainda que serão empregados os recursos e propostas de apoio tanto grupal quanto individual, como forma de acolher os participantes, aproximando-se de uma maneira mais cotidiana por meio de recursos que o indivíduo possa se identificar, tal qual filmes ou apresentação de cenas a serem discutidas.

Sobre a localização temporal

Cada época marca e é marcada pelo sujeito histórico de formas particulares e atravessa sua constituição enquanto indivíduo agente ativo e passivo, sendo sua compreensão de grande importância para determinação e elaboração de estudos em psicopatologia. Nesse sentido, as marcas que serão reconhecidas como características de um determinado tempo falam tanto deste tempo em particular, quanto dos indivíduos que nele vivem. Assim, cada pessoa é determinada e determinante por esta e desta localização temporal.

A partir desta observação, compreende-se entre as marcas do nosso tempo histórico a necessidade do consumo em geral e relações esvaziadas entre os indivíduos. É a partir deste vazio e da necessidade de consumir, que se destaca a ingestão de álcool e uso de outras drogas como um exemplo da busca por saciar a ausência de sentido e significado que atravessa as relações sociais contemporâneas (Cruz, 2012).

Tardivo (2007) fala de sua experiência com a população de São Gabriel da Cachoeira, mais especificamente da situação extrema com adolescentes locais, que demonstram um sofrimento extremo. Em seu livro a autora fala da questão do abuso de álcool e drogas por esses jovens, mas desvincula a questão como o problema. Compreende-se esta passagem aqui pertinente, pois exemplifica como a temática do uso de álcool e drogas se torna secundária diante do sofrimento humano. Neste caso

extremo, na verdade, o foco que comumente chamaria a atenção seriam comportamentos de risco que se tornam berrantes ante ao recurso extremo do suicídio e da violência, porém destaca-se o que está anterior até mesmo a este grito, o sofrimento.

Na obra, o papel do psicanalista localiza-se anterior à técnica, comprometendo-se com o ser humano. Busca na teoria a conceituação para uma prática, e não uma amarra para a intervenção.

Em conversa com a psicanalista francesa Jacqueline Barus-Michel, Tardivo destaca que os suicídios e os homicídios podem se constituir numa reação à impossibilidade deles de ser e de existir.

Nesta população da Amazônia brasileira, com ascendência indígena direta (os pais destes adolescentes são índios), o desenraizamento e o processo que denomina aculturação se mostram de grande importância para esse quadro enquanto vê uma crise de valores e crenças ante aos mais velhos, refletindo e sofrendo com a descrença por parte das gerações mais novas e se perdendo no tempo. Tal geração jovem nega a anterior, seu passado, suas origens, perdendo a localização temporal, mesmo que haja o reconhecimento de que qualquer humano gostaria de uma vida em um local como aquele, próximo à beleza da natureza de seu belo local (Tardivo, 2007).

Desta localização, vê-se que na era do consumismo, a satisfação deve ser imediata e a droga proporciona em alguns casos o lugar de um suposto alívio imediato da angústia inerente à condição humana.

Sobre o álcool e as drogas, seus conceitos e valores

Num breve histórico sobre a bebida alcoólica, esta acompanha a história da humanidade em diversos momentos, sendo os relatos mais evidentes de seu uso em comemorações ou em rituais religiosos, mas também como veículo de remédios, perfumes e poções mágicas (Gigliotti e Bessa, 2004). Contudo, destaca-se que a mesma

bebida que é utilizada para congregar em rituais repletos de significados místicos ou apenas festivos, também é parte de um fenômeno considerado dos grandes problemas de saúde pública, sendo um desafio para entidades mundiais como a OMS (Delijaicov, 2009).

A Revolução Industrial foi um marco fundamental para a compreensão do uso abusivo dessas substâncias. A partir das transformações econômicas sofridas nesse período observa-se uma grande mudança social, principalmente no que se trata da estrutura da família, a família deixou de ser expandida, passando a ser apenas nuclear, o que transportou o espaço de aprendizado da cultura para o círculo de amizades. As amizades se tornam, então, a fonte de influência de diferentes hábitos, entre eles o consumo de determinadas substâncias.

O Conceito de alcoolismo surge no século XVIII, junto com a revolução industrial, aumentando a oferta do álcool destilado. Nesse mesmo século este conceito passa a receber o atributo de doença utilizado pela primeira vez por Thomas Trotter (Gigliotti e Bessa, 2004).

Já na segunda metade do século XX, pela necessidade de critérios de maior confiabilidade e validade, o sistema de classificação passa a distinguir o consumo abusivo de álcool do consumo de risco que envolve adicção, e dependência quando o sujeito apresenta (1) tolerância, ou seja, a necessidade progressiva de consumo de doses maiores para a manutenção do efeito esperado, (2) abstinência e (3) perda do controle. Em 1976, Edwards e Gross propõem a conceituação da Síndrome da Dependência do Álcool, na qual compreendem a existência de um relacionamento alterado entre a pessoa e a sua forma de beber (Gigliotti e Bessa, 2004). Gigliotti e Bessa (2004) defendem uma diferenciação entre uso nocivo e dependência, em que o primeiro se relacionaria aos diversos problemas oriundos do uso ou da dependência.

Outro autor e pesquisador da área, Dartiu Xavier da Silveira Filho (1995) defende que o termo farmacodependência, atribuído a usuários dependentes do consumo de substâncias, se mostra genérico, não caracterizando a substância utilizada, o padrão de consumo e, muito menos, o usuário, ou os riscos que este apresenta diante de tal

consumo. Destaca, assim, o encontro que há entre o toxicômano e a substância em um determinado contexto sócio-cultural, caracterizado de forma particular, sendo, assim, de grande dificuldade a caracterização de uma “personalidade dependente”.

Dessa forma diz que:

“(...)Frequentemente vemos que o dependente é um indivíduo que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, realidade esta que não consegue modificar e da qual não consegue se esquivar, restando-lhe como única alternativa a alteração da percepção desta realidade. Esta alteração da percepção da realidade pode ser obtida através do uso da droga. Se tivermos em mente que a relação da dependência com a droga é a única alternativa que restou para o toxicômano, torna-se compreensível que o comportamento de drogar-se se efetive através de um ato impulsivo. Não se trata do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não consumi-las. Estabelece-se assim um duo indissociável indivíduo-droga, onde tudo o que não é pertinente a essa relação passa a constituir pano de fundo da existência do dependente. Esse duo permanece indissociável enquanto a droga for capaz de propiciar esta alteração da percepção de uma realidade insuportável, respondendo assim pela manutenção do equilíbrio do indivíduo. Para o dependente, a droga é uma questão de sobrevivência. Não ter a droga é perder-se. E a droga pode, ao mesmo tempo, ser a possibilidade de resgate de aspectos de sua identidade.” (Silveira Filho, 1995, p. 6)

Para Marlatt (1999), ao considerar a questão do uso de substâncias psicoativas, manter o foco do problema como sendo a droga, personifica na substância a causa dos chamados comportamentos de risco, ficando o indivíduo, agente de tais comportamentos, a margem do olhar sobre o problema. A substância apresenta sim características específicas que auxiliam certos comportamentos, porém há de se levar em conta o indivíduo que a consome e o direcionamento que o mesmo dá ao seu caminho.

Para este autor, socialmente a questão atualmente é vista sobre dois pontos de vista. Pela moral, em que o consumo de drogas é visto como errado e os problemas decorrentes deste são tratados como criminosos; e pela perspectiva da doença de uso,

que considera o consumo de drogas uma doença em que o indivíduo não tem controle. Em ambos os casos o indivíduo se torna indesejável à sociedade e a resolução do problema ou o objetivo do tratamento ideal passa pela abstinência total (Marlatt, 1999).

Contudo, questiona esses modelos destacando que partem da compreensão do quão difícil é e do sofrimento que estes tipos de tratamento podem causar ao usuário, sendo difícil a adesão e comuns os episódios de recaídas, que trazem perigo ao indivíduo (Marlatt, 1999). Muitos usuários após um período de abstinência nesses programas de tratamento, em recaídas tendem a utilizar doses mais altas do que já estavam acostumados, causando overdose e até morte.

O autor ainda considera que tais modelos auxiliam na estigmatização do usuário, o afastando de um projeto de cuidado. Defende assim a importância da compreensão do comportamento de risco para si mesmo e para seu meio como foco na busca por ajuda, questionando-se qual a função que este comportamento tem na vida deste sujeito, admitindo que cada sujeito atribui diferentes valores e significados.

Um pedido de intervenção sobre álcool e drogas

Em meados de 2013, em reunião entre a direção de uma ONG paulistana e a coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, projeto APOIAR, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, surge a demanda de uma intervenção junto aos funcionários desta ONG, devido ao uso abusivo de álcool em festas da instituição. Seguindo este pedido, formulou-se um projeto de Extensão Universitária, junto à respectiva Pró-reitoria da referida universidade, viabilizando a participação de estudantes de pós-graduação e graduação na proposta de intervenção.

Após este pedido inicial, foram realizadas reuniões entre membros da ONG interessados na viabilização da proposta, e membros do Projeto APOIAR visando estabelecer o contorno da atividade e a viabilização da proposta enquanto pesquisa, considerando a relevância do problema e sua importância histórica em nossa sociedade.

Ao longo das reuniões, pôde-se caracterizar melhor a queixa explícita pela ONG. Durante eventos comemorativos na instituição, a presença de bebidas alcoólicas era livre, ocorrendo diversos problemas em decorrência de seu consumo. Situações constrangedoras ou mesmo brigas, ainda que somente de forma verbal, eram comuns nessas festas, além do relato de garrafas serem encontradas em locais escondidos, o que indicaria o abuso da bebida alcoólica.

Tais situações motivaram o fim da distribuição de bebidas que contenham álcool nestes eventos e a busca por uma intervenção junto ao grupo de funcionários que demonstrava que havia algo além do uso abusivo apenas em festas, mas que no dia a dia também apresentavam um comportamento de risco devido ao consumo, não apenas de bebidas alcoólicas, mas também de outras drogas de caráter ilícito. Foram observados inclusive casos particulares de tal uso abusivo, fazendo-se necessária uma medida de intervenção.

Uma proposta de intervenção

Inicialmente, a proposta para a abordagem desta questão na instituição compreendia um ciclo de palestras de conscientização a respeito do abuso das substâncias em questão. Contudo, da experiência da própria ONG e da equipe, tais atividades surtem pouco efeito ante a pessoas que apresentam um comportamento de consumo de álcool e drogas que envolve risco. Durante uma palestra, é difícil abordar o tema sem um juízo moral de forma a aproximar-se dessas pessoas, surtindo efeito contrário de afastá-las da discussão e de possíveis intervenções mais próximas em um segundo momento.

Alternativamente a esta ideia inicial, propôs-se uma intervenção junto ao coletivo de funcionários da instituição visando mapear o consumo de álcool e outras drogas entre esta população específica visando melhor contato com ela e, assim, a formulação de um projeto de intervenção que melhor se enquadre.

Dessa forma, para embasamento e formulação de um projeto de intervenção adequado, optou-se pela realização de um mapeamento quantitativo da população através de questionários. Para tanto, o enfoque da pesquisa se dá sobre a relevância do tema, bem como sobre o conhecimento e compreensão que o grupo tem sobre a temática do uso de álcool e outras drogas.

Assim, dividiu-se a prática em quatro etapas de aproximação e elaboração de uma proposta apropriada:

1 – Contato inicial com os colaboradores

Inicialmente propõe-se uma apresentação junto à assembleia de colaboradores visando sensibilizar os mesmos diante do tema, destacando-se o caráter cotidiano do mesmo, uma vez que o álcool e as drogas atualmente são presentes em diversas situações sociais e particulares, independente do juízo de valor que se atribua ao seu consumo. Dessa forma, visa-se ampliar a visão do uso destas substâncias para o caráter recreativo, mas principalmente, para o uso de risco ou abuso das mesmas.

Para tanto se utiliza um vídeo propaganda de curta duração como disparador da questão e uma breve apresentação do tema exposto a cima.

2 – Contato com gestores de cada equipe:

O contato com cada gestor de equipe visa uma melhor compreensão da dinâmica de cada equipe, e a melhor forma de abordagem da mesma junto ao questionário. Ou seja, se melhor se enquadra uma abordagem individual ou em grupo. Entende-se aqui importante o contato com os gestores de cada equipe dado que estes tem maior acesso às dinâmicas ali estabelecidas do que a equipe que chega alheia à instituição. Caso se observe o contrário, a circulação pelo território de forma a situar-se junto a esta dinâmica pode se mostrar um recurso necessário.

3 – Aplicações dos questionários, junto às equipes de colaboradores:

Durante a aplicação destes questionários, que poderá ocorrer de forma individual ou em grupo, conforme a dinâmica da equipe, serão explicados os objetivos da pesquisa, e será

garantido o total anonimato em suas respostas, respeitando-se o sigilo e a identidade do participante conforme o código de ética, deixando clara a utilidade da pesquisa de forma ampla por meio de um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando que não haverá nenhum dano físico ou psíquico ao participante. Ainda assim o participante poderá se recusar a participar, tendo seu direito reconhecido e respeitado.

Caso se mostre necessário, poderão ser feitas entrevistas individuais visando o acolhimento destes participantes.

4 – Formulação e implantação de propostas interventivas:

Após o mapeamento e contato com as equipes, serão propostas atividades interventivas a respeito do tema seguindo o modelo que se mostre mais interessante para esta população. Como opções compreende-se a abordagem por grupos focais, palestras informativas para grupos maiores ou ou em grupos específicos que demonstrem maior afinidade. O atendimento individual também se mostra uma possibilidade em casos que essa prática se mostre de grande importância. Todos os encontros são anotados para estudo e ampliação.

As atividades interventivas poderão ocorrer em uma periodicidade de até uma vez por semana e poderão compreender dinâmicas em grupo com o uso de filmes e atuações, com dramatizações, discussões etc.

O AUDIT e o DUDIT

Para a terceira fase, ou seja, as aplicações dos questionários junto às equipes de colaboradores, serão utilizados dois instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para trabalhos sobre o uso de álcool e drogas, respectivamente AUDIT e DUDIT.

O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) é um *screening* com reconhecimento mundial, desenvolvido na década de 1980, com objetivo de identificar, bebedores de risco. O AUDIT mede consumo, sintomas de dependência e consequências

pessoais e sociais do beber. O teste aborda o padrão de consumo e suas consequências nos últimos 12 meses, por meio de dez itens, sendo três sobre o uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo (Babor e cols, 1992, Mendéz, 1999).

Já o DUDIT foi desenvolvido como um instrumento paralelo ao AUDIT para identificação de indivíduos com possibilidades de desenvolver problemas com o uso de drogas. O objetivo do processo de avaliação é identificar os indivíduos que parecem ter um problema com drogas ou dependência de drogas, e pode revelar aqueles que não têm esses problemas.

Um cuidado necessário

Um projeto como esse se mostra de grande importância em função da dimensão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas. É essencial conhecer e compreender como o cada indivíduo encara e lida com essa situação enquanto forma de lidar com algo de interesse do campo das políticas públicas de saúde.

Pelos resultados da aplicação dos questionários, será possível conhecer o padrão de consumo dos funcionários da ONG (de todos os níveis) e compreender sua relação com o consumo de drogas, possibilitando, ainda, a elaboração de propostas interventivas que se aproximem dessa população de forma mais apropriada, e de intervenções essenciais para a prevenção deste problema que afeta tamanha população direta ou indiretamente.

Vale o destaque para a proposta que visa não apenas o mapeamento em si, como uma questão epidemiológica – que por si só se justificaria –, mas, principalmente, por meio de um pedido muito próximo à população-alvo, uma preocupação clara de cuidado aos companheiros de trabalho da própria instituição que traz a demanda.

Inerente a este cuidado, há a proposta de uma equipe externa à instituição tomando a frente do projeto, juntamente a uma comissão interna situando e promovendo o trabalho, garantindo-se, assim, o anonimato e o emprego dos colaboradores.

Destaca-se também a importância de uma abordagem que se distancie do conceito básico e do estigma cunhado sobre a questão do uso de álcool e outras drogas, evitando jargões e a priori que cunham juízos de valor a um ente genérico denominado popularmente drogado, alcoólatra, ou mesmo usuário, combatendo outro ente genérico, o consumo. Dessa forma, esta abordagem propõe aproximar-se do humano por trás do consumo, compreendendo suas questões, suas necessidades. A pergunta importante seria “o que é importante saber sobre esta pessoa e sua necessidade”? Desta compreensão, não se descarta o desejo orgânico, porém compreende-se que há mais do que isso junto aos desejos e necessidades humanas.

Conscientizar uma população em geral se mostra importante, pois é parte de um processo de prevenção, porém ao compreender que a questão do abuso de substâncias psicoativas vai além do ato de consumir, apenas conscientizar não basta. Destaca-se então os recursos e propostas de apoio tanto grupal quanto individual, como forma de acolher estes sujeitos, aproximando-se de uma maneira mais cotidiana por meio de recursos que o indivíduo possa se identificar, tal qual filmes ou apresentação de cenas a serem discutidas.

Outro lado importante é a possibilidade de participação das propostas por pessoas que não apresentem diretamente a questão, mas que se interessem pela mesma. Compreende-se, assim, que não apenas o indivíduo que consome tais substâncias sofre, mas também os chamados co-dependentes, ou seja, pessoas como familiares, amigos ou entes próximos, que vivenciam o sofrimento do outro e de alguma forma são afetados por ele também.

Dessa maneira, a proposta mostra uma proximidade do indivíduo, quebrando com a polarização reducionista e maniqueísta da questão, onde consumir é ruim ou errado e a abstinência é boa ou certa, percebendo no contato humano que há um sofrimento e um

pedido de cuidado mesmo nas ações mais destrutivas, sendo perigosa a tomada de atitude que imponha ainda mais sofrimento ao indivíduo.

Referências bibliográficas

- BABOR, T. F., DE LA FUENTE, J. R., SAUNDERS, J. & GRANT, M. *AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care*. 1992. Geneva: World Health Organization, 1992.
- BERMAN, A.H., BERGMAN, H., PALMSTIERNA, T. & SCHLYTER, F. *DUDIT, The Drug Use Disorders Identification Test Manual*. Stockholm: National Prison and Probation Administration, 2003.
- CRUZ, M. S. *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. 2012. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012
- DELIJAICOV, C. Álcool e drogas. In ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. *Psicopatologia: Aspectos Clínicos*. Guanabara Koogan, São Paulo, 2009.
- GIGLIOTTI, A., & BESSA, M. A.. *Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos*. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.26, Supl. I, p.11-13, 2004.
- MARLATT, G. A., & BUENO, D. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Artes Médicas, São Paulo, 1999.

MENDÉZ, E. B. *Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*. 1999. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

SILVEIRA FILHO, D. X. *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1995.

TARDIVO, L. S. L. P. C. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. 2004. Vetor Editora, São Paulo, 2007.

**A TRAMA DO TRAUMA - RELATO DE UM CASO CLINICO DE VIOLÊNCIA E
ABUSO**

Claudia Rodrigues Sanchez⁷⁸

Maria Aparecida Mazzante Colacique⁷⁹

Yara Malki⁸⁰

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁸¹

RESUMO

Esse trabalho se refere à reflexão da experiência de traumatismo psíquico, destacando-se o fato de que o trauma pode gerar no indivíduo um posicionamento frente ao mundo, modificando suas respostas, idéias e reações anteriormente estabelecidas. O estudo se baseou num relato de um caso clínico, em atendimento psicoterápico (uma das mães de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica atendidas no Projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). A fundamentação empregada no atendimento é de orientação psicanalítica, e assim foram discutidos conceitos que dão base à compreensão do caso clínico apresentado em sua especificidade. Conceitos como: Princípio de Constância, no que se refere à economia psíquica, Princípio de Prazer, Princípio de Realidade, Desamparo e Compulsão à Repetição, além dos mecanismos de defesa. Também são consideradas algumas ideias de Winnicott. Discute-se a necessidade de elaboração do trauma e quando essa elaboração fracassa, pode perpetuar-se, transferindo-se de pais para filhos num ciclo que vai se repetindo.

Palavras-chave: Trauma ou Traumatismo Psíquico; Princípio de Constância; Desamparo, Compulsão à Repetição,

⁷⁸Psicóloga. Pesquisadora do Projeto APOIAR, na Área de Violência.

⁷⁹Psicóloga da Clínica Durval Marcondes, do Ipuso, pós Doutorado na FPCE da Universidade de Coimbra, pesquisadora do APOIAR.

⁸⁰Doutoranda do PST IPUSP pesquisadora do APOIAR

⁸¹Professora Associada do PSC IPUSP, Coordenadora do APOIAR

INTRODUÇÃO - Campo Teórico

Neste item do estudo, são discutidos conceitos que dão base à discussão de um caso onde o que predomina é um trauma psíquico. Assim, trauma ou traumatismo psíquico refere-se a um “Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela capacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.” (PONTALIS, 1995, p. 522). Segue o autor, apontando que “Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações.” (PONTALIS, 1995, p. 522).

Ao encontro com a teoria freudiana, a noção de traumatismo remete primeiramente ao aspecto econômico do psiquismo:

Chamamos assim a uma vivência que, no espaço de pouco tempo, traz um tal aumento de excitação à vida psíquica, que a sua liquidação ou a sua elaboração pelos meios normais e habituais fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético. (PONTALIS, 1995, p. 523).

Sobre traumatismo, pode-se mencionar as concepções de Freud (1915/1996) que mostra que fluxo de excitações é excessivo em relação à tolerância do aparelho psíquico, quer se trate de um acontecimento muito violento (emoção forte) ou de uma acumulação de excitações cada uma das quais, tomada isoladamente, seria tolerável; o Princípio de Constância começa por ser posto em xeque, pois o aparelho não é capaz de descarregar a excitação. Entretanto, segundo Maia, (2003), o trauma como excesso pulsional não é patológico em si, dependerá do processo de afetação com o mundo.

Por outro lado, outro conceito deve ser aqui mencionado , na discussão sobre o trauma e as reações decorrentes: trata-se do Princípio de Constância segundo o qual o aparelho psíquico tende a manter em nível tão baixo ou, pelo menos, tão constante quanto possível a quantidade de excitação que contém, conforme concebeu Freud (1920/1996.). A constância é obtida, por um lado, pela descarga da energia já presente e, por outro, pela evitação do que poderia aumentar a quantidade de excitação e pela defesa contra esse aumento.O acontecimento traumático muito frequentemente envolve sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça real ou imaginária. Adinâmica mental modificada por conta do evento traumático, faz que o sujeito se sinta inseguro diante de seu posicionamento no mundo, extrema confusão mental e ambivalência passam a fazer parte de seu contexto psíquico. (FREUD, 1920/1996).

A partir de fatos traumáticos, o ego ao sentir desencadear-se o sinal de angústia, procura evitá-la. Esta angústia automática define a situação traumática em que o ego se vê sem recursos. O ego é atacado de dentro, pelas excitações pulsionais, assim como é atacado de fora. Este afluxo de excitações precisa ser liquidado, para retomar o equilíbrio interno e assim se dá o nascimento do trauma psicológico, conforme definiu Freud (1923/1996.).

Mecanismo importante , também trazido por Freud e outros psicanalistas, e fundamental para a compreensão de situações e reações das pessoas em situações da vida e muitas vezes nas traumáticas, é o denominado - Compulsão à Repetição,. Muitas vezes, como em neste trabalho, esse mecanismo pode ser considerado uma tentativa de reduzir a tensão proveniente do trauma na psique. Observado também em casos de violência, a repetição de violência sofrida *a posteriori* encobre o real sofrimento e sentimentos de abandono e o sujeito revive intensamente o acidente ou a experiência e se recoloca na situação traumática como que para dominá-la.

Por se tratar de compreender a situação traumática vivida relacionada à violência doméstica , no contexto familiar. vale a pena recorrer a conceitos advindos da obra Winnicott., que se detem na abordagem das relações entre mães e seus filhos e filhas. Winnicott discute que ficam marcas deste relacionamento que se fazem em momentos de brutalidade, momentos únicos, inesperados, que tiram do rumo, nocauteiam, descarrilham, desgovernam. Por força da própria contingência, quem o vive, naquele

momento existencial é absorvido pelo psiquismo uma percepção de falta de recursos. Não há espaço psíquico para criação de algo novo, que possa ser deflagrado por aquela experiência. Quem o vive fica marcado apenas pela lembrança, que as vezes, no decorrer da vida se insinua. (Winnicott, 1966 apud FERREIRA et al., 2009).

Esta referida insinuação no decorrer da vida se dá por gestos e palavras, repetições que repercutem como um som que ricocheteia *ad infinitum*, não havendo como dele escapar. Winnicott vincula esta repetição a vivências passadas, viciadas, nas quais a tentativa de desvio do ataque resulta em vão pois, tendo sido iniciada uma defesa, sobre ela incide outro golpe e, em seguida, outro e outro a ponto de criar uma expectativa de que a violência não deixará de vir, mesmo que não venha. Este é o sinal inequívoco do estabelecimento de uma marca, em que o esforço infrutífero firma-se dentro da mente ao modo de uma rendição, sem saída. (WINNICOTT, 1966 apud FERREIRA, et al., 2009).

Diante de situações de intenso sofrimento, a pessoa lança mão de defesas, muitas vezes primitivas, podendo se destacar também nesse contexto da violência vivida no seio familiar, a, pela intensidade da dor e sofrimento. Assim tais experiências desencadeiam medo de deteriorar ou desintegrar e são acionados tais mecanismos de defesa primitivos, como defesa maníaca (Klein, 1940). E outros como a idealização, negação da realidade psíquica, onipotência, triunfo e desprezo são características que definem esta posição (Klein, 1940-1996.)

Relato do Caso Clínico

As reflexões que compõem esse trabalho foram desenvolvidas a partir de um atendimento psicoterápico realizado no APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no Atendimento a Mães de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica.

O trabalho de psicoterapia compreendeu sessões de 50 minutos, com frequência semanal, totalizando 18 atendimentos. Destes, uma entrevista inicial e 17 sessões, sendo que 8 sessões realizadas, 6 faltas (4 faltas avisadas com antecedência e 2 faltas sem

avisar a psicoterapeuta); e 3 destinadas a férias a pedido da paciente por conta de férias escolares de seus filhos.

Dora⁸² (nome fictício), tem 28 anos, 2 filhas e 2 filhos de idades entre 13 e 5 anos, cada um de um pai biológico diferente. Morando com um companheiro, de 34 anos. Trouxe como queixa, sentir-se muito perturbada, após sua filha de 5 anos ter sido vítima de abuso sexual, . E vem se recordando que sofreu abuso também quando tinha esta idade.

E feito um resumo do atendimento para se fazer as reflexões em seguida:

Dora, na Entrevista Inicial, chega atrasada 40 minutos. Traz como queixa o fato de estar se sentindo perturbada, diz que atualmente chora muito por conta do fato ocorrido com sua filha de 5 anos, que relatou ter sofrido abuso sexual, não dizendo quem assim o fez. Paciente suspeita de seu atual marido, padrasto de sua filha e também do pai biológico da menor. Este acontecimento fez com que a paciente se recordasse de abuso sexual sofrido por ela quando tinha esta mesma idade. A psicoterapeuta a escuta e marca a continuidade dos atendimentos. Dora então falta à primeira sessão sem avisar.

Na segunda Sessão, fala muito do trabalho evitando tocar no que a trouxe ao atendimento, Porém , próximo ao término da sessão, conta que é muito nervosa e batia muito nos filhos, sendo que certa vez seus vizinhos chamaram o Conselho Tutelar, mas que o atual companheiro a ensinou a conversar com seus filhos e que faz tempo que ela não bate mais neles. Ressalta que se sente muito amparada por seu atual companheiro.

A partir dessa sessão, Dora faz relatos onde traz recordações de traumas vividos na infância dela (referindo situações de abuso sexual, físico e negligência) e também conta de sua conduta com seus filhos, muitas vezes sendo violenta e chorando muito, mostra-se muito perturbada. . Dora se detém no relato da falta de carinho por parte de sua mãe na sua infância e até os dias de hoje. Descreve castigos cruéis aplicados por

⁸² Os pacientes atendidos no APOIAR assinam um termo onde concordam que seu material possa ser empregado em trabalhos científicos, mantendo o anonimato

ela. Fala de seu sofrimento e de seu sentimento de abandono principalmente por sua mãe. Traz também o apoio e a segurança que seu atual companheiro lhe faz sentir com seus cuidados tanto para ela, como para seus filhos. Contudo, em certos momentos relata agir como sua mãe agiu com ela, com agressividade e violência frente a seus filhos.

Vai aprofundando e detalhando os casos de abuso sofridos por ela. Na quarta Sessão relata dois episódios de violência sexual sofrida por ela quando criança e mais tarde quando adolescente. Na infância diz se lembrar se ser abusada por um homem, inúmeras vezes, não se recordando quem este seria. Já adolescente se recorda claramente da violência sofrida por um homem que sua mãe abrigou dentro de casa. Diz que na época sua mãe, ao contar a mãe o ocorrido, a mesma não lhe deu crédito, dizendo que ela estava inventando essa situação, tendo-a expulsado de casa então.

Depois de uma falta avisada, Dora na outra Sessão, traz seu dia-a-dia de trabalho e convivência familiar, valorizando muito o atual companheiro. Diz que tem uma família com ele. Expressa não saber o que fazer em relação a deixar ou não a filha mais nova ir passar as férias com o pai biológico, suspeito de abusar sexualmente da menor. A menina diz não querer ir, chora muito quando a mãe aborda este assunto. A paciente se justifica dizendo que este homem é o pai da menina e que paga a pensão direitinho. Esta filha falou para a mãe que o pai colocou a mão em seu genital e que a mão dele é muito grande e a machucou. Dora conta que após o abuso denunciado por sua filha, ela consentiu que a menor fosse passar um final de semana na casa deste pai, por conta de data festiva; Páscoa; pois o pai queria lhe entregar os ovos de páscoa. Nota-se que frente a uma angústia intensa a paciente se utiliza de uma atitude de negação ao enviar a filha para a casa do pai biológico. Mostra-se incrédula em relação à denúncia de abuso, porque, em sendo verdade, este fato a traz grande turbulência.

Continua o atendimento e na sétima sessão mesmo chegando atrasada 35 minutos., evita conteúdos que a machucam. Descreve uma vida “cor de rosa”, fala do almoço em família e um companheiro que a acolhe, aparentemente sem se dar conta do preço a ser pago por ela. Relata que o companheiro não quer que ela venha a psicoterapia e que por vezes pega o dinheiro da condução de sua bolsa para dificultar, e até mesmo impedir que ela faça o que deseja. Por conta de férias escolares de seus filhos

Dora solicita férias de três semanas. Percebe-se que frente a carga afetiva gerada pela agressão sofrida por sua filha a paciente parece estar em negação maníaca quando fala de uma vida “cor de rosa”.

Houve assim, uma interrupção no atendimento por conta das férias escolares, e no retorno ainda uma falta da paciente sem avisar. Na sessão de retorno, então, volta a se atrasar, e menciona a falta anterior, dizendo não ter conseguido acordar e que o marido mesmo sabendo deste compromisso, não a acordou. Diz que hoje ela veio para o atendimento psicológico escondida de seu marido. Dora verbaliza o fato de seu companheiro não aprovar seu tratamento psicológico e se utilizar de artimanhas que a impedem de comparecer às sessões. Paciente diz que foi ao Conselho Tutelar e que lá fez um documento de Guarda de sua filha, e recebeu orientação de não deixar a filha menor ir passar as férias na casa de seu pai biológico.

As dificuldades de continuar o atendimento vão se acentuando, e a paciente falta e finalmente avisa que desistirá do tratamento psicoterápico, e aceita comparecer para uma sessão de encerramento, à qual chega mais uma vez atrasada de 20 minutos, e alega que não pode pensar nela, que tem que pensar nos filhos e não tem mais tempo para continuar o tratamento psicológico. Ainda marcam outra sessão, a qual a paciente chega praticamente no final e reitera seu desejo de interromper o atendimento (é o 17º encontro), dizendo sentir-se mais segura e melhor. E despedem-se tendo a psicoterapeuta se colocado à disposição para um futuro contato, se assim ela desejar.

Discussão

A psicoterapeuta no atendimento procurou acolher a angústia e os conflitos que a paciente manifestou, colocados em dois níveis: a violência sofrida pela filha e a revivescência da violência sexual sofrida por ela, que foi lembrada a partir do episódio com a filha. Experimentar tamanha carga afetiva lhe trouxera muita turbulência, de modo que estava ambivalente com o tratamento desde o início. Mesmo com a disponibilidade e acolhimento da terapeuta, Dora não pôde lidar com a avalanche emocional que se

precipitou sobre ela, ameaçando seu ego de rompimento e “precisou” cindir para não quebrar, entrando em negação maníaca.

Dora repete com a filha o descrédito com que sua mãe reagiu ao seus episódios de abuso e violência, provavelmente pelo conflito que vive: o pai biológico “paga pensão” e com seu companheiro tem uma família e sente-se amparada, cuidada, amada e contida.

Dado o término do tratamento psicoterápico a pedido da paciente, Dora diz que neste momento não dispõe de tempo para pensar nela, precisa se dedicar a seus filhos. Percebe-se que Dora não dispõe de recursos internos disponíveis para tal na presente época de sua vida, e a decisão de parar o trabalho psicoterapêutico aparece nas sessões como desejo do companheiro e não dela, denotando projeção.

Considerações Finais

Várias são as questões que envolvem a Compulsão à Repetição, porém neste trabalho o enfoque que podemos considerar mostra uma tentativa de reduzir a tensão proveniente do trauma psíquico. De modo disfarçado, por exemplo, a repetição de violência sofrida *a posteriori* encobre o real sofrimento e sentimentos de abandono. Dora revive intensamente a experiência traumática e se recoloca nos dias de hoje em situações como que para dominá-la. Na singularidade desta paciente nota-se angústias e conflitos intensos, derivados do trauma, que colocaram seu psiquismo à mercê de desintegração, fazendo-a recorrer aos mecanismos de cisão e negação. E ao mesmo tempo, ela por falta de modelo acaba repetindo com os filhos tanto as atitudes de violência, como a falta de apoio à filha menor na situação de abuso sexual.

No entanto, pode-se perceber algum trabalho de Dora, uma vez que ela procura o Conselho Tutelar e consegue alguma mudança, ao poder não enviar a filha ao pai biológico, buscando apoio em órgãos competentes e assim podendo, com dificuldade cuidar da filha, embora não tenha sido cuidada. Também com respeito à violência com seus filhos, Dora denotou culpa, choro e arrependimento. Mesmo considerando a

necessidade de negar e a projeção, no atual compenheiro, pode-se perceber , ainda que de forma incipiente, uma alteração também na forma de cuidar dos filhos.

Assim considerando que Dora não conseguiu continuar seu atendimento, algum movimento ela pôde fazer, e mesmo com a dor, pode recordar os traumas vividos e a partir da Compulsão à repetição, conseguiu ter momentos de culpa e pode haver uma esperança.

Referências Bibliográficas

- MAIA, M.S. Extremos da Alma - Dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Editora Garamond, 2003.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário da Psicanálise – Laplanche e Pontalis. Editora Martins Fontes, 1995.
- FREUD, S. (1915-17) Conferências Introdutórias –Conferência 23 -Os Caminhos da Formação dos sintomas in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII –Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1920) Além do Princípio do Prazer in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII – Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1923) A Segunda Tópica in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII – Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1925) Inibição, Sintoma e Angústia in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII – Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FERREIRA, A. M.; FERREIRA, I. B. M.; MAAZ, M.H. B.; TSCHIRNER, S. A presença de WINNICOTT no viver criativo - Diversidade e Interlocução. Editora ZY, 2009.
- KLEIN, M. (1940) O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio: Imago, 1996.

**O CONTEXTO REAL E O FAZ-DE-CONTA DE UMA CRIANÇA ABRIGADA NO
PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO**

Heloísa Calemi Tonello

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Yara Malki

Leila Cury Tardivo

RESUMO

O trabalho foi desenvolvido com base no atendimento de uma criança de oito anos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social - APOIAR, do Instituto de Psicologia da USP, orientado pela Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. A criança encontrava-se institucionalizada em uma casa-abrigo (Instituição de acolhimento) devido à situação de negligência familiar. A demanda de atendimento da instituição em relação ao Laboratório era de acompanhamento psicológico durante o processo jurídico de destituição do poder familiar, já que a família de origem não cumpria as exigências do juiz. Durante os atendimentos, foi possível perceber que a criança apresentava um comportamento oscilatório entre ganhar e deixar ganhar, raros momentos de jogo do faz-de-conta e uso precário da capacidade simbólica. Esse trabalho mostrou a importância dos jogos simbólicos no desenvolvimento infantil, e a influência da realidade, ou seja, o contexto de abandono e negligência vivido pela criança, sobre as brincadeiras estabelecidas e o uso dos jogos de faz-de-conta no processo psicoterápico. E ao mesmo tempo, a necessidade de acompanhamento de crianças que vivem situação como essa.

Palavras-Chaves: Vínculo. Simbólico. Jogo do faz-de-conta. Realidade. Negligência.

Introdução

A brincadeira tem seu espaço na literatura sobre o desenvolvimento psíquico desde Freud (1920), que descreve a cena de uma criança de um ano e meio brincando de atirar e em seguida puxar um carretel preso a um barbante, fazendo-o desaparecer e reaparecer. É o

que chamamos de jogo *Fort-da*. Freud interpreta esse jogo como uma conquista simbólica: a capacidade de representar a ausência na presença, e a presença na ausência.

Outros autores também estudaram a importância e a relevância das brincadeiras para o desenvolvimento infantil. O brinquedo funciona como um instrumento de exploração e desenvolvimento de suas capacidades, como concentração, iniciativa, imaginação e interesse. Winnicott, Piaget, Bettelheim, e autores mais recentes como Bomtempo, defendem que a brincadeira é de extrema importância para o desenvolvimento cognitivo e afetivo-emocional da criança.

O brinquedo tem grande importância na socialização da criança, possibilitando que ela inicie um processo de conhecimento de si e da relação que estabelece com o outro e com o meio. Além disso, o brincar é um indício da constituição de um sujeito. Segundo Batista, “a criança, por meio do brincar, começa a se apropriar do corpo e, a partir dele, constituir-se em um sujeito desejante” (2012, p.69).

De acordo com Bomtempo (2003), o brinquedo é capaz de criar novas relações entre o pensamento e o real, como um “elo de assimilação do eu real”, conforme define Conceição (2010, p. 40). Desta forma, a criança interage com o brinquedo a partir da função que atribui ao objeto, independentemente da natureza em si desse objeto. Essa capacidade é o que Piaget chama de jogo simbólico.

Quando damos a uma criança um urso ou uma boneca, ela provavelmente, além de brincar conforme os usos previstos pela sociedade, descobre também outros empregos imprevistos e fantasistas: senta o urso em um sofá para contar-lhe uma história; faz com que ele viva mil aventuras imaginárias palpitantes; joga-o ao ar o mais alto possível pelo simples prazer de realizar coisas que não pode fazer com o próprio corpo. (BOMTEMPO, 2012)

Além do papel criador de relações, Piaget afirma que a função do jogo simbólico

consiste em satisfazer o eu por meio de uma transformação do real em função dos desejos: a criança que brinca de boneca refaz sua própria vida, corrigindo-a à sua maneira, e revive todos os prazeres ou conflitos,

resolvendo-os, compensando-os, ou seja, completando a realidade através da ficção. Em suma: o jogo simbólico não é um esforço de submissão do sujeito ao real, mas, ao contrário, uma assimilação deformada da realidade ao eu. (1989, p.29)

Muitas vezes, o que vemos na clínica é a resolução de conflitos e prazeres ocorrendo por meio de histórias fantásticas, com representação de papéis e presença super-heróis. Ou seja, “por meio das fantasias imaginativas e das brincadeiras baseadas nelas, a criança pode compensar as pressões que sofre na realidade do cotidiano” (BETTELHEIM, 1988, apud BOMTEMPO, 2012. p.24).

A fantasia do jogo simbólico, segundo Bomtempo (2012), possibilita que a criança amplie os limites da própria experiência, tornando-se, na brincadeira, uma pessoa diferente, poderosa. Esse poder adquirido na brincadeira tem como consequência a imaginação de uma capacidade para dominar e vencer situações que provocariam na criança uma sensação de vulnerabilidade, insegurança e medo. É o jogo do faz-de-conta.

Defesas e o faz-de-conta num contexto de vulnerabilidade

O processo de desenvolvimento infantil está intimamente relacionado com o contexto no qual a criança está inserida, e a influência é recíproca, ou seja, a criança é influenciada e também atuante no meio; considerando como meio todos os ambientes nos quais a criança circula. Para crianças abrigadas, as pressões sofridas na realidade do cotidiano envolvem situação de vulnerabilidade, negligência familiar, abandono, violência, institucionalização; contrariando que se espera de um ambiente bom para o desenvolvimento.

Segundo Winnicott (2000), um ambiente suficientemente bom permite o desenvolvimento emocional saudável e a presença da mãe possibilita que a criança se sinta integrada. Desta forma, num contexto de negligência e omissão do cuidado parental, podem ocorrer perturbações na apropriação do próprio corpo pela criança, no conhecimento de si e suas relações, e na constituição do sujeito desejante.

Muitas crianças institucionalizadas desenvolvem mecanismos de defesa específicos para lidarem com essa realidade singular, como o comportamento anti-social e estruturas de personalidade do tipo *falso-self*. O comportamento anti-social muitas vezes se manifesta pela destrutividade, agressividade e roubo, enquanto a estruturação do tipo *falso-self* impossibilita que a criança se manifeste com autenticidade, resultando em um empobrecimento e paralisação da personalidade: “Essas crianças procuram ser boazinhas, às custas da repressão de uma parte vital de si mesmas, o que resulta em uma série de dificuldades em suas vidas” (ROTONDARO, 2002, p.2).

Outro tipo de defesa é a hesitação em relação ao estabelecimento de vínculo, pois o estabelecimento dos vínculos primordiais não aconteceu de forma adequada. Rotondaro explica que:

essas crianças devem ter ficado expostas a intensas cargas de ansiedade provenientes de situações como a separação da mãe, que deixa marcas em seu desenvolvimento. O medo de novas perdas das pessoas de quem dependem ou a quem estão ligadas parece acompanhar a criança como uma cicatriz dolorosa e pronta para se abrir a qualquer momento. (2001, p.3)

O contexto de vulnerabilidade e negligência constrange a criança, de forma que ela precisa procurar novas formas de desenvolver seu papel na infância, considerando a escassez de brinquedos. Essas situações, segundo Conceição, “propiciam ao desenvolvimento das brincadeiras de faz-de-conta, pois será por meio desta que a criança reinventará elementos para enriquecer a brincadeira” (2010, p.60).

De acordo com Bomtempo,

crianças que vivem em ambientes perigosos repetem suas experiências de perigo em suas brincadeiras. Exemplo: no Brasil, crianças que vivem nas favelas, onde impera a luta entre polícia e bandido, têm como tema preferido de suas brincadeiras esse mesmo tema. (2012, p.25)

Relato de um caso

Na descrição a seguir, usaremos um nome fictício.⁸³

Diego foi institucionalizado aos sete anos por motivos de negligência parental e familiar, e foi encaminhado para atendimento no Projeto APOIAR-IPUSP quando estava com oito anos. A solicitação feita pelos técnicos da casa abrigo foi de um acompanhamento psicológico durante o processo de destituição do poder familiar que, segundo esses técnicos, deveria acontecer em breve, já que a família não o visitava, descumprindo a exigência judicial.

O núcleo familiar de Diego era composto por um avô, tios, tias e primos, que moram em casas com um quintal em comum. A família tinha uma relação forte com narcóticos. Sua mãe era usuária de droga e frequentemente passava tempos vivendo na rua, o avô também tinha esse histórico e havia ainda um outro parente que vendia entorpecentes. Os técnicos da instituição contaram de suspeitas de que o menino já atuou como ‘aviãozinho’, ou seja, crianças normalmente de até dez anos que ficam responsáveis por revender ou repassar os entorpecentes. Além disso, de acordo com os técnicos, Diego não tinha documentos pessoais e ficava boa parte do tempo na rua e fora da escola. Por esses motivos, a institucionalização se fez necessária.

Nas duas primeiras sessões, a psicóloga-estagiária usou a Hora Lúdica para uma aproximação inicial com o menino. Diego mostrou pouco interesse por jogos que necessitavam de alguma fantasia, olhou os carrinhos por algum tempo, e logo desistiu assim que viu que era diferente do que tinha em casa. Então se concentrou no Lince, jogo no qual as habilidades necessárias são agilidade, atenção e memória.

Após essas primeiras sessões, a psicóloga-estagiária aplicou os Procedimento de Desenho-Estórias e o teste Projetivo CAT-A. Em suas narrativas apareciam temas violentos, como fogo, destruição, armas, lutas, e também elementos como o abandono,

⁸³ Há autorização para emprego de material para fins científicos, assinado pelo responsável

tristeza e perigo. Diego contava, na maior parte das vezes, histórias curtas e mostrava sinais de irritação e impaciência, tanto ao desenhar quanto ao narrar.

Seus jogos preferidos eram Lince, Uno, damas, xadrez, baralho, que se caracterizam principalmente por serem jogos de estratégia, memória, atenção, agilidade. Algumas vezes, escolhia jogos como Detetive e Banco Imobiliário, porém não criava muitas histórias ao jogar, mostrando maior preocupação em saber quais as cartas e ganhar dinheiro, respectivamente. Gostava também de futebol e futebol de botão, mas raramente fazia a narração típica desse esporte ou fingia ser algum jogador conhecido.

A psicoterapia de Diego se estendeu por mais de um ano, e nesse período foi possível perceber que o garoto apresentava um padrão nos jogos no qual ele oscilava entre desejar ganhar e desejar que a psicóloga-estagiária ganhasse. Na primeira situação, ele “se gabava” da estratégia utilizada, da rapidez; já na segunda, o menino procurava garantir que a psicóloga ganhasse, dando tempo, dicas, ou mesmo empatassem, sendo que quando essa última situação acontecia, ele ficava bravo, nervoso e parecia se esforçar mais para ganhar.

Um elemento bastante ausente era a brincadeira de faz-de-conta. Diego raramente fantasiava a respeito das suas brincadeiras e tinha muita dificuldade em contar histórias, tanto narrativas da própria vida quando imaginárias. Em duas sessões, passado quase um ano em atendimento, Diego mostrou sinais mais acentuados de simbolização ao brincar de guerra, utilizando bonecos, o próprio corpo e o corpo da psicóloga-estagiária como personagens, vários tipos de armas, narração da cena e onomatopeias.

Discussão

O comportamento de Diego, ao querer garantir que a psicóloga-estagiária pudesse ganhar algumas vezes ao mesmo tempo que apresentava sentimentos de raiva quando perdia, é um comportamento oscilante. O comportamento de ser “bonzinho” pode ser pensado a partir do que diz Rotondaro (2002) sobre a personalidade paralisada e a

estruturação do tipo *falso-self*. Dessa forma, é possível ver essa oscilação 'bonzinho versus competitivo' como a oscilação entre o que seria o self e o falso-self do menino.

A ideia de Conceição (2010) quando afirma que crianças em situação de vulnerabilidade estão mais propensas ao jogo do faz-de-conta, devido aos poucos brinquedos concretos, não pôde ser observada no processo psicoterápico de Diego. O garoto permaneceu majoritariamente nas brincadeiras menos simbólicas por quase um ano. É possível que essa dificuldade seja resultante da hesitação em estabelecer um vínculo mais intenso com a psicóloga-estagiária. Como já visto anteriormente em Rotondaro (2000), a situação de abandono a qual ele foi exposto, como o desaparecimento frequentes e imprevisíveis da mãe, sem que se pudesse ter conhecimento quando voltaria; e a família que não o visitava na instituição, podem ter tido a consequência de ter gerado medo de se vincular e então ser abandonado novamente., o que é muito frequente em crianças que vivem essas situações.

Além disso, a importância dos jogos simbólicos está em ser uma ponte entre o universo infantil e o adulto, o qual não forneceu cuidados ao menino. O jogo do faz-de-conta apresenta uma possibilidade de realizar desejos que são irrealizáveis na realidade, porém a condição de negligência e vulnerabilidade à qual Diego foi submetido pode ter inibido seus desejos, de tal forma que dificulta a vivência deles até mesmo na fantasia de uma brincadeira.

O jogo de faz-de-conta mais sofisticado que Diego apresentou na brincadeira da guerra retrata a realidade de violência a que foi submetido, corroborando o que diz Bomtempo (2012) sobre a repetição do perigo real nas brincadeiras da criança. Mas essa guerra também representa seu mundo interno, com agressividade, raiva, frustração pelo abandono familiar que sofreu e a necessidade de elaboração de fôra simbólica no jogo e não necessariamente expressando comportamentos violentos.

Considerações finais

A realidade concreta na qual cada criança está inserida interfere de forma marcante em seu desenvolvimento, nos mecanismos de defesa desenvolvidos, na estruturação da

personalidade. É possível observar essa influência na relação constituída entre criança e psicólogo no *setting* terapêutico e nas brincadeiras estabelecidas pela criança.

A formação de vínculo e o modo como a criança se mostra na psicoterapia, como vimos, é reflexo de vínculos que foram estabelecidos anteriormente e de medos que se entranham na vida da criança, como o medo de se vincular e possibilidade de um novo abandono.

A escolha por jogos mais estratégicos e controlados pode afirmar uma tentativa da criança de controlar objetivamente a situação e as adversidades do contexto real em que vive. Enquanto os jogos mais imaginativos, como o faz-de-conta, possibilitam controles e transformações importantes para a constituição do sujeito, porém são simbólicos e não reais. Pode não ser o preferido para uma criança muito marcada pelas lembranças e cicatrizes da realidade. Ou até mesmo podendo não ser acessível a uma criança que não teve um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento, atravessando e causando perturbações na constituição de uma personalidade integrada.

A psicoterapia vem, de alguma forma, proporcionando um espaço onde Diego pode se expressar a sua dor e a sua revolta

Referências Bibliográficas

- BATISTA, C. V. M. O lugar do brincar nas práticas educativas com bebês. In: BOMTEMPO, E.; GOING, L. C. (Org.). *Felizes e Brincalhões: uma reflexão sobre o lúdico na educação*. Rio de Janeiro: Wak, 2012. p.65-80.
- BOMTEMPO, E. As brincadeiras de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: KISHIMOTO, T.M. (Org.). *Jogo, Brinquedo, Brincadeira e a Educação*. 7ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 57-71.

- _____. Brincadeira Simbólica: imaginação e criatividade. In: BOMTEMPO, E.; GOING, L. C. (Org.). *Felizes e Brincalhões: uma reflexão sobre o lúdico na educação*. Rio de Janeiro: Wak, 2012. p. 21-35.
- CONCEIÇÃO, M. R. *Fantasia e Realidade: o faz-de-conta e o contexto da criança*. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- PIAGET, J. *Seis estudos de psicologia*. 17ed Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Ed.Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- ROTONDARO, D. P. Os desafios constantes de uma psicologia no abrigo. *Psicol.cienc.prof.*, Brasília, v.22, n.3, set 2002.
- WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

EFEITOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO⁸⁴

Maria Aparecida Mazzante Colacicco⁸⁵

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁸⁶

Rui Alexandre Paquete Paixão⁸⁷

RESUMO

A violência sempre esteve presente desde os primórdios da Humanidade, sendo uma das formas de expressão na vida do ser humano, em qualquer sítio do universo em que possa existir. A Organização Mundial de Saúde lançou o primeiro Relatório Mundial sobre violência e saúde em três de Outubro de 2002 (WHO, 2002) evidenciando que a violência na família é um dos fatores relevantes da violência doméstica contra a criança e o adolescente. O objetivo deste trabalho será a Violência Infantil e de Adolescentes que, por estarem em uma faixa de idade vulnerável, é motivo de polémica, de discussões e reflexões, pois são aspectos desagradáveis que apresentam inúmeras dificuldades em função de ser um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando muitas vezes um segredo familiar, e está envolvida por dispositivos de velamento ideológico, que a revelam e ocultam ao mesmo tempo. Fazem-se necessárias novas investigações às vítimas de Violência Doméstica em vários âmbitos, desde a vida familiar, como a escolar e a pública, bem como equipas de profissionais das áreas da saúde (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais), do direito (juízes, advogados, procuradores) e outros profissionais envolvidos nos diversos serviços de acolhimento, como os diferentes técnicos da Segurança Social, para dar conta de tantos pormenores que

⁸⁴ Projeto financiado: FAPESP- Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo. n. 2013/004765.

⁸⁵ Psicóloga da Clínica Psicológica do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP. Pós doutoramento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra

⁸⁶ Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP.

⁸⁷ Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

envolvem essa gama de sofrimento velado onde esses indivíduos com potencial agressivo acabam gerando novos agressores.

É um conceito que abrange diversas facetas da violência, que estão sendo investigadas, para contribuir na eficácia de minimizar os efeitos nocivos na vida das pessoas, bem como o de descobrir sua origem, para poder intervir nas bases da agressão.

Nos últimos anos, tem-se notado o aumento de casos violentos em todo o mundo, desde as grandes capitais às aldeias, e em relação a qualquer faixa sócio - econômica da população (Beck, Ogloff & Corbishley, 1994; Carmo, 2013; [Follingstad](#) & [Rogers](#), 2013; [John](#) & [Lawoko](#), 2010; Kiyohara, 1995; Reichenheim et al., 2011; Svensson & Janson, 2008).

A Organização Mundial de Saúde lançou o primeiro Relatório Mundial sobre violência e saúde em três de Outubro de 2002 (WHO, 2002). Após a apresentação do referido relatório, mais de 30 governos passaram a organizar lançamentos nacionais ou debates políticos sobre o Relatório e foram definidas resoluções que aprovam a sua implementação através de uma série de fóruns, como a Assembleia Mundial da Saúde, o Alto Comissariado das Nações Unidas para o Direitos Humanos, e da União Africana.

Nota-se que a sensibilização foi de um alcance elevado em todo o mundo, em função das necessidades de cada país e as iniciativas se fizeram presentes como uma forma de ajuda a todos os povos que de alguma maneira estavam sofrendo com esse tipo de problema.

O Relatório Mundial sobre violência e saúde é a primeira revisão abrangente do problema da violência em escala global - o seu teor se configura em que é a violência, a quem ela afeta e o que pode ser feito sobre isso. Três anos foram gastos na sua elaboração, e o relatório beneficiou da participação de mais de 160 especialistas de todo o mundo, recebendo tanto *peer-review* de cientistas e contribuições e comentários de representantes de todas as regiões do mundo (WHO, 2002).

A repercussão foi grande diante da participação de tantos órgãos empenhados em participarem e poder chegar a soluções pertinentes, que mesmo durante a confecção desse relatório, os benefícios atingidos foram no mínimo a expansão da necessidade de

serem tomadas providências diante de algo tão destruidor em qualquer sociedade, família, ou pessoa.

Diversos pesquisadores estão se mobilizando com levantamentos de questionários como uma forma de aprimorar as investigações científicas na área jurídica, contribuindo assim, para maior fidedignidade das declarações frente a depoimentos que se fazem necessários, especialmente em relação a abusos sexuais (Carmo, 2013; Gardner, 2003; Godoy-Cervera & Higuera, 2005; Peixoto, Ribeiro & Alberto, 2013; Raskin & Esplin, 1991).

II-VIOLÊNCIA NO CASAL E A VIOLÊNCIA NOS FILHOS

Tornou-se uma preocupação constante, das três últimas décadas, de pesquisas sobre a incidência e causas do crescimento da violência em vários âmbitos da sociedade, especialmente em relação aos seres mais indefesos, ou seja, a criança e o adolescente.

Se compararmos a violência entre homens e mulheres, é identificado que no homem a violência é mais a nível público enquanto que na mulher é mais relacionada à vida privada, ou seja, em relação ao seu parceiro íntimo.

As estatísticas sobre violência em relação às mulheres em geral é nessa ordem: primeiro por parceiros íntimos, seguida por ex-parceiros, depois por namorados e em seguida por ex-namorados. (Hatzenberger, Lima, Lobo, Leite, & Kristensen, 2010).

A estabilidade emocional em uma casa, onde vivem várias pessoas que, em princípio, deveriam compartilhar e buscar integração dentro das diferenças tão necessárias, nem sempre se faz presente. O convívio entre as pessoas, com as diferenças pessoais poderiam ser ricas no compartilhar, porém inúmeras vezes torna-se um pesadelo entre seus elementos. A instabilidade pessoal, somada às dificuldades próprias da vida, como: desemprego, vícios, patologias, distúrbios de caráter, podem desencadear agressões desmedidas, como forma de extravasar ao exterior o descontentamento, atingindo não só a companheira, como as crianças, adolescentes e outros que vivem e participam na moradia (Brambilla et al., 2011).

De acordo com Pinto Junior (2005), as próprias definições científicas deste fenômeno, a violência infantil, são complexas e muitas vezes contraditórias entre si, pois utilizam indiscriminadamente muitos termos (maus tratos, agressão, disciplina, abuso) que podem

mascarar, deturpar, ou mesmo negligenciar a amplitude da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

cujas definições apresentaremos a seguir:

“Violência Física: Toda a ação que causa dor física numa criança; desde um simples tapa até o espancamento fatal representam um só continuum de violência.

Violência Sexual: Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos que tenham para com ela uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou a de outra pessoa.

Violência Psicológica: Também designada como tortura psicológica, ocorre quando pais ou responsáveis constantemente depreciam a criança, bloqueiam seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental.

Negligência: Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de prover as necessidades físicas, de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos e/ou de supervisionar suas atividades, de modo a prevenir riscos e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle.

Violência Fatal: Atos e/ou omissões praticados por pais, parentes ou responsáveis em relação a crianças e/ ou adolescentes que – sendo capazes de causar-lhes dano físico, sexual e/ou psicológico – podem ser considerados condicionantes (únicos ou não) de sua morte.” (Azevedo & Guerra, 1998a, p.177).

A violência familiar é gerada pela violência individual de cada um dos membros da família, advindos de alguma dificuldade pessoal de âmbito interno (Beratis, Syngelaki, Tsiantis, & Tsiantis, 2013; [Follingstad](#) & [Rogers](#), 2013).

Uma pessoa ferida pode afastar-se dos outros, fechando-se atrás de uma couraça, podendo parecer dura, inacessível e intratável, mas na realidade pode não ser assim, ela está apenas se defendendo. Parece dura, mas é insegura; está atormentada por experiências dolorosas. Pode-se dizer que neste caso o homem é uma criança ferida, angustiada e com uma necessidade incomensurável da aprovação de quem quer que seja (Burggraf, 2012).

Em outros casos, a pessoa ferida, fere o outro como uma forma de expandir a sua dor, querendo que o outro também sinta o que passou ou está a passar.

A criança e ou o adolescente que mora com o pai ou com o companheiro da mãe agressivo, já ferido por conta da sua existência anterior, pode receber uma carga desmedida de violência de todo o gênero, desde a verbal, como a física e a sexual, que não consegue se defender, tornando-se outro ser adulto ferido, causando o efeito em cascata (Miura, Naffah, Paixão, & Redondo, 2011).

Percebe-se que são primordiais as necessidades de investigação e tratamento das pessoas agressivas, das famílias, e dos jovens que sofreram ou ainda tem por perto esse tipo de problema, como uma forma de refrear a problemática em questão (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2002).

III- DETECTAR O VERDADEIRO E O FALSO NAS DECLARAÇÕES

O objetivo deste trabalho é estudar e compreender a Violência Contra crianças e adolescentes que, por estarem em uma faixa de idade vulnerável, é motivo de polêmica, de discussões e reflexões. É um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e está envolvida por dispositivos de velamentos ideológicos, que a revelam e ocultam ao mesmo tempo.

Considerando que a problemática, em sua manifestação, envolve relações assimétricas de poder, caracterizadas pela dominação, exploração e opressão, deve ser investigada desde a suspeita até à possível confirmação ou não do episódio de violência.

Considerando ser a violência doméstica contra crianças e adolescentes um fenômeno configurado na família enquanto espaço privado, numa esfera micro-política, e também um problema de relações sociais de gênero e geração, numa esfera macro-política, torna-se necessário trabalhar alguns pressupostos epistemológicos, aos quais se faz necessário um estudo científico que trata dos problemas relacionados com a crença e o conhecimento, sua natureza e limitações, procurando ter uma visão ampla deste fenômeno.

A investigação em relação aos menores abusados ou a tentativa de abuso, não são fáceis de serem averiguados, em função da multiplicidade de questionamentos que se interpõe frente à busca dos diversos relatos que são necessários.

Em relação aos maus tratos de crianças, temos que reconhecer que a agressão começa desde a negligência até o espancamento podendo levar à morte, mas infelizmente as

declarações por parte das pessoas envolvidas ou próximas da vítima, nem sempre são verdadeiras.

Mais grave ainda é o reconhecimento de que muitos casos não estão contabilizados pelo facto de não terem sido denunciados, permanecendo no "segredo do lar". As justificativas são as mais variadas para que tudo possa ficar acobertado, alguns exemplos reais: medo; insegurança; necessidade urgente de mudar de moradia, para separar o menor do abusador, e que no momento a pessoa acha não ser possível; dificuldades financeiras, além de outras causas. Por outro lado, há os questionamentos de verdadeiro ou falso sobre os depoimentos dos próprios menores (Cicchetti & Curtes, 2005; De Young, Kenardy & Cobham, 2011; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Flowers, Hastings & Kelley, 2000; Svensson & Janson, 2008).

Quanto aos depoimentos dos menores, levantam-se dúvidas se são verdadeiros ou falsos, se o que ocorreu é o que os menores efetivamente falam, ou os instruíram para que falassem algo que talvez não tenha acontecido, ou não foi daquela maneira, nem naquele sítio, nem mesmo com a aquela pessoa, mas pode ser uma forma de destruir alguém utilizando um menor (Gardner, 2003; Orcutt, Goodman, Tobey, Batterman-Faunce & Thomas, 2001).

Tanto os pesquisadores como as pessoas especializadas dos tribunais estão concentrando mais atenção sobre a veracidade dos depoimentos das crianças, especialmente em relação aos ensaios de abuso sexual infantil. Há estudos em que foi analisada a capacidade dos jurados para reconhecerem a verdade diante dos relatos de boatos ou de ocorrências verídicas, - pois, às vezes, as pessoas se afeiçoam ao menor, por alguma característica simpática da criança e acabam condenando um inocente (Goodman et al., 2006; Peixoto, Ribeiro & Alberto, 2013; Sabourin, 2007).

As investigações quanto aos verdadeiros factos são difíceis de serem obtidos, mas é necessário a continuação da exploração, mesmo diante da exaustão de perguntas do possível culpado e a busca das declarações dos jovens, imediatamente ao ocorrido, como uma forma de preservar a memória ainda que, forem apenas, para declarações futuras (Carmo, 2013; Goodman et al., 2006).

IV- ESCOLAS COMO PARCEIRAS NA DENÚNCIA DOS MAUS-TRATOS

Os funcionários que trabalham com crianças pequenas, desde infantário, creches, escolas, que as recebem dos braços dos pais na porta da Instituição de Ensino, percebem com alguma frequência estas ocorrências com base nos seus sintomas típicos (nódas negras, queimaduras, etc.). Diante de tais constatações físicas nos menores, os funcionários e/ou professores podem comunicar e mostrar rapidamente as manchas-sinais aos dirigentes da Instituição. Sendo assim podem trabalhar em rede, pois, com o compartilhamento dos dados aos responsáveis, ficam mais seguros de prosseguirem a busca de outros episódios que possam ajudar a escola na abordagem frente à família e no amparo à criança.

Os educadores tem também a capacidade de perceber qualquer mudança de comportamento dos menores, por estarem diariamente com eles por longos períodos de tempo. Conseguem, portanto, identificar problemas e ou dificuldades com mais facilidade pelo conhecimento que têm da criança e também dos adultos que com maior frequência as acompanham, devendo participar aos responsáveis da Instituição as alterações percebidas. Não é uma tarefa fácil para esses atendentes se posicionarem a favor das crianças contra os pais, pois as represálias podem ir da perda do emprego à agressão física. Assim, muitos destes profissionais acabam por assumir para si próprios e para os outros que tudo não passa de um engano, preferindo duvidar do que viram, caso fossem questionados. As resistências são muito fortes, frente a denunciarem qualquer coisa sobre o menor (Haeseler, 2006; Tite, 1994).

As crianças que foram vítimas de violência de qualquer gênero, desde a negligência das necessidades básicas até à violência física, tendem a apresentar, no futuro, grandes dificuldades, nomeadamente escolares. As crianças que são abusadas sexualmente tendem a apresentar dificuldades em relação às emoções: ficam mais distantes de qualquer pessoa, até como uma forma de proteção, pois não sabem o que lhes poderá ocorrer, ou seja, perdem a confiança e esses sentimentos levam para o tempo de vida futura.

Essas crianças continuam adolescentes problemáticos em questões de sentimentos, sendo uma fase que deveriam estar mais voltados à realização dos sonhos que projetam. As dificuldades que os abrigos enfrentam, para tentar ser amigos, e darem afeto, o bloqueio sempre se faz presente e demora-se muito tempo, até atingir um nível razoável

de contato, mas os déficits se prolongam por toda a vida. Essas crianças estão muito mais propensas a responderem aos afetos negativos que aos positivos (Katherine, Pears & Fisher, 2005).

A experiência de vitimização pode trazer sérias consequências para a vítima, implicando na perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social. Echeburúa e Guerricaechevarría (2002) definem os seguintes transtornos:

-*Transtornos emocionais*: que se relacionam com as emoções e sentimentos diretamente relacionados com as experiências de vitimização, os sentimentos de insegurança e de ansiedade que os pais lhes provocam, além da baixa autoestima, desenvolvida a partir das mensagens contraditórias, principalmente emitidas pelas figuras parentais, e a necessidade de "anestesia emocional" como mecanismo de defesa contra a exposição crônica a um ambiente violento;

-*Transtornos físicos*: enurese e queixas somáticas e outros;

-*Transtornos de comportamento*: introversão, agressão, "acting out" como roubar, mentir, fugas crônicas; dificuldade no controle dos impulsos, hiperatividade, baixa tolerância à frustração e impulsividade;

-*Transtornos cognitivos*: incluem disfunções de percepção de si e da realidade, falta de memória, atraso ou déficits de linguagem, além do atraso do desenvolvimento da inteligência, com diminuição do rendimento escolar, falhas de atenção e concentração;

-*Transtornos sociais*: isolamento social, estigmatização, conflitos familiares, pseudomaturidade.

Estudos realizados na Argentina (Agosta, Balarini & Colombo, 2001), e replicados no Brasil (Tironi, Colacique & Tardivo, 2011), com o objetivo de criar uma bateria diagnóstica para avaliar crianças e adolescentes suspeitos de terem sofrido violência doméstica, demonstraram que crianças vitimadas sofreram danos psíquicos, o que resultaria em comportamentos e distorções perceptivas, dificultando a adaptação e o desenvolvimento pessoal.

Quanto aos adolescentes a própria vida os chama a desenvolverem seus talentos, aproveitando a ânsia de seus desejos de realização frente ao desafio, e a sociedade

espera deles o inaudito, o imprevisível, as mudanças a contento para novas gerações (Crawford et al., 2005).

Qualquer homem pode oferecer muitas surpresas ao mundo, novas formas de pensar, novas palavras, soluções únicas e diferenciadas, porém no caso dos adolescentes, esse enfoque é mais eficaz e criativo, se ele teve um bom desenvolvimento sócio-afetivo-emocional, sem danos drásticos na construção da sua personalidade. Será capaz de viver a sua própria vida e ser fonte de inspiração e apoio para os outros (Burggraf, 2012).

A fase da adolescência só pode ser compreendida se considerarmos ao mesmo tempo os fatores psicológicos, sociológicos e biológicos.

De um ponto de vista psicológico, a adolescência pode ser considerada como um período contraditório, confuso, ambivalente, doloroso, repleto de conflitos com o meio que cerca o adolescente. É possível que seja a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano. Mas esta pode ser mais intensa de acordo com o ambiente em que está inserido o adolescente (Tardivo, 2013).

O Adolescente, em termos desenvolvimentais, necessita de apoio, de segurança, de contato com seus familiares, para poder formar seus ideais e alcançá-los no futuro. Se no lar onde vive presencia a violência com regularidade, pode paralisar seus objetivos, desanimar, torna-se agressivo, como uma forma de defesa dentro do seu estado emocional de desequilíbrio (Gresham, Cook, Crews & Kern, 2004; [Kugler](#), [Bloom](#), [Kaercher](#), [Truax](#) & [Storch](#), 2012).

É uma fase de desequilíbrio emocional, em função de tantas mudanças vivenciadas em tão pouco tempo; como o processo do corpo em crescimento; a perda dos pais da infância, até os próprios pensamentos que começam a ser os pensamentos do grupo.

Os jovens apresentam incertezas relacionadas com a própria vida, como também o que vão escolher como profissão no futuro, onde querem trabalhar, onde vão morar e outras questões a serem respondidas. Portanto, qualquer intercorrência nessa fase, acentua sobremaneira o psicológico do jovem, interferindo nas consequências e sequelas futuras.

Quando adultos esses jovens negligenciados e abusados na infância têm grandes possibilidades de se tornarem pessoas com dificuldades de relacionamento interpessoal e grupal, tem propensão à depressão e outras patologias, além de se tornarem tão

agressivos quanto foram tratados de pequenos, podendo ser novos vitimizadores (Vilariño, Arce & Fariña, 2013).

V-VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E QUESTIONÁRIOS DE PESQUISA

A validação de instrumentos e questionário de pesquisa é uma prática importante diante de aspectos relacionados à verdade e à mentira diante de declarações que envolvem processos judiciais, especialmente os relacionados aos abusos sexuais de crianças e de adolescentes. Não é uma tarefa fácil, pois as variantes são inúmeras (incluindo as especificidades próprias de cada um), mas é necessária a execução de investigações para serem devidamente esclarecidas por pior que sejam, as implicações das ações violentas. As avaliações devem chegar à verdade, para que não sejam injustiçadas pessoas adultas, influenciadas pela “inocência” das crianças ou que estas possam não ser defendidas diante de abusos velados e não detectados ([Aramburo](#), 2011; Murray et al., 2011; Goodman, 2006).

As declarações feitas pelas crianças e ou adolescentes já são de difícil abordagem visto que é necessário pesquisar exatamente o que aconteceu, tentando não causar novo drama à pessoa já sofrida anteriormente.

Ao mesmo tempo é necessário verificar a veracidade das informações prestadas, frente a não ser condenado alguém que não tenha culpa, em função de depoimentos falsos, por conta de investigações pouco fidedignas, por não existir material adequado.

A preocupação de se apurar formas precisas nas avaliações e busca de situações verdadeiras de qualquer pessoa envolvida em casos de abuso sexual é notória por parte de grandes especialistas, embora nunca tenhamos a abrangência total e segura do acontecido (Agosta, Balarini & Colombo, 2001; [Gödert](#), [Matthias](#), [Hans-Georg](#) & [Gerhard](#), 2005; Reichenheim & Moraes, 2003; Ruggiero & McLeer, 2000; Santos & Gonçalves, 2008; Vrij, 2005; Tardivo & Pinto Júnior, 2010; Welder, 2000;).

Outras pesquisas foram desenvolvidas em relação aos diversos depoimentos dos adultos, especialmente relacionados aos casais, tantos os suspeitos, como os vitimizados, sendo que as dúvidas são semelhantes, quanto à veracidade sobre os fatos. Em relação aos adultos, a capacidade de enganar é maior, até por terem mais experiência e tempo de vida que as crianças, conseguem dissimular aspectos internalizados frente ao outro, ainda

que seja um profissional experiente que os está entrevistando, há dificuldade sobre a veracidade (Hasselmann & Reichenheim, 2003; Stewart, MacMillan & Nadine, 2013; Vilariño, Arce & Fariña, 2013; Vrij, Mann & Kristen, 2007).

VI-SAÚDE PÚBLICA EM DEFESA DOS DIREITOS E ACOLHIMENTO

As pesquisas mais recentes na área mostram que a violência doméstica pode ser considerada um verdadeiro problema de Saúde Pública, tendo em vista o elevado número de casos que chegam às unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de urgência e emergência. Sua abordagem apresenta inúmeras dificuldades em função de ser um problema que se manifesta de maneira sigilosa, e por estar envolvida por dispositivos de velamentos ideológicos, que revelam e ocultam ao mesmo tempo. Assim, o enfrentamento eficaz do problema exige compreensão ampla e eficaz, além da rápida intervenção (Anderson, Cramer-Benjamin & Darci, 1999; Ebigo, 2003; [John](#) & [Lawoko](#), 2010).

As investigações por conta dos órgãos competentes, desde Polícia, Conselhos Tutelares, Centros de Menores; ou nos espaços onde estão Integrados em Residências, são locais que denotam um compromisso a priori com a vida dos menores, mas são procedimentos que se tornam melindrosos, frente às averiguações em relação às partes envolvidas. As Instituições que os acolhem, tem que lidar com as ocorrências do passado e continuarem a conduzir a vivência deles da melhor forma possível, pois a vida continua sem trégua.

Colacique (2008) relatou um estudo que mostrou a família como célula de integração entre os indivíduos, especialmente de proteção e afeto frente às crianças, porém, pode haver situações onde o que ocorre nesse âmbito familiar pode se tornar um caso de polícia, acarretando dor, desespero e insegurança comprometendo o próprio futuro e as consequências desse desamparo são evidentes na atuação dentro da sociedade.

Em vários casos, essas residências integradas, dão conta em um primeiro momento do caos familiar, para depois de receberem ajuda momentânea voltarem ou à família de origem, ou à adoção, podendo ser nacional ou internacional (Passarini, Colacique & Tardivo, 2012).

Diante das tragédias que se verificam sobre a violência infantil e de adolescentes, surge à questão das Residências como uma forma de minimizar e resguardar a problemática que esses menores sofreram.

Podem-se verificar os déficits de crianças que estão acolhidas, mas é muito difícil diagnosticar se os problemas atuais são em função do que sofreram antes da entrada nessas Instituições ou se a vivência atual (em instituição) contribui para uma nova forma de abandono, de negligência. Eles são separados das coisas as quais gostavam, são separados de seus irmãos, seus amigos, mudança de escola, em benefício e resguardo da saúde bio – psico -emocional, que em um primeiro momento, não conseguem perceber o que está a ocorrer com a vida deles (Tafner, Colacique & Tardivo, 2012).

Os menores que são abrigados com os irmãos perdem a familiaridade, pois são separados na Instituição em função das idades, da escola, de programações e ou atividades desportivas.

Essas Residências são formas de ajuda temporárias que o Poder Público coloca como alternativa, resguardando de situações piores.

Sabe-se que não é fácil ter poucos menores em casa de Abrigo, as despesas com aluguel, comida, vestimenta, e outras necessidades básicas como a saúde física e dentária são muito altas; os funcionários deveriam ser mais especializados e nem sempre o são; o convívio social com outras crianças que nunca tiveram a oportunidade de se conhecerem e de um dia para outro estão dividindo o quarto de banho, o quarto de dormir, e outras coisas não são gerenciamentos rápidos de acontecerem (Greeson et al., 2011).

CONCLUSÃO

A violência afeta à pessoa em toda a sua integridade, é uma violação ao direito humano, tratando-se de violência doméstica, ou seja, intrafamiliar a situação se configura como mais perigosa, em função de ser difícil o acesso, dentro do suposto “lar”, pois tudo se passa em um sítio particular, fechado e em muitas situações com a colaboração velada dos que vivem no local (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2002; Miura, Naffah, Paixão & Redondo, 2011; Reis & Nahmias, 1999; Stephen & Cramer-Benjamin, 1999; Tardivo, 2013).

A grande preocupação da WHO são os programas de alerta em todos os sítios do mundo; a busca rápida das identificações do problema e a viabilidade de serem evitados novos casos de vitimizados e re-vitimizados.

As consequências da Violência Doméstica contra criança e adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento e maturidade emocional desses menores vitimizados em uma fase precoce da vida.

Essa experiência de intenso sofrimento em idade de desenvolvimento pode causar sérias consequências para a vítima, implicando a perturbação da noção de identidade; distúrbios de personalidade; transtornos de comportamento e de adaptação social, dificultando sobremaneira a vida adulta deste indivíduo (Agosta, Balarini & Colombo, 2001; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2002; Tardivo & Pinto Júnior, 2010).

Os programas dos Governos de Intervenção junto às vítimas e também em relação aos agressores estão se multiplicando, porém ainda não é o bastante diante de tantas situações complexas e diferenciadas em todos os sítios (Carmo, 2013; Peixoto, Ribeiro & Alberto, 2013).

Faz-se necessárias novas investigações às vítimas de Violência Doméstica em vários âmbitos, desde a vida familiar, como a escolar e a pública, bem como equipas de profissionais das áreas da saúde (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais), do direito (juízes, advogados, procuradores) e outros profissionais envolvidos nos diversos serviços de acolhimento, como os diferentes técnicos da Segurança Social, para dar conta de tantos pormenores que envolvem essa gama de sofrimento velado onde esses indivíduos com potencial agressivo acabam gerando novos agressores no futuro.

REFERÊNCIAS:

- Agosta, C. B., Balarini, Z., & Colombo, R.I. (2001). *Abuso y maltrato infantil: inventário de frases*. Buenos Aires: Sainte Claire.
- Anderson, S. A, Cramer-Benjamin, & Darci, B. (1999), The impact of couple violence on parenting and children: An overview and clinical implications. *The American Journal of Family Therapy*; Jan-Mar; 27, 1-19.

Anita, N. B., Davis, B., Shenk, D., Kalaw, K., Smith, M., & Jackson, K. (2012). A multidisciplinary approach to detecting and responding to elder mistreatment: Creating a university-community partnership. *American Journal of Criminal Justice : AJCJ*, 37(2), 276-290.

[ARAMBURO, N. I. U.](#) (2011). ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA EN COLOMBIA. REFLEXIONES DESDE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y FORENSE. *PENSAMIENTO PSICOLOGICO* 9.16 (2011): 183-202.

AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A. *INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – MÓDULO 1A/B*. SÃO PAULO: LACRI, IPUSP, 1998A.

Beck, K. A., Ogloff, J. R., & Corbishley, A. (1994). Knowledge, compliance, and attitudes of teachers toward mandatory child abuse reporting in british columbia. *Canadian Journal of Education*, 19(1), 15-29.

Beratis, I., Syngelaki, E., Tsiantis, J., & Tsiantis, A.C. (2013), Parental unemployment and post traumatic stress disorder symptoms. 15th. *International Congress of Escap European Society for Child and Adolescent*. M4-03-03. (146).

Burggraf, J. (2012), A Liberdade Viva com a Força da Fé. Diel, Lda. Lisboa. p.13.

Brambilla, B. B.; Schvartzaid, I.G. L.; Parente, K. S.; Silva, R. A.; Colacique, M.A.M. & Tardivo, L.S.L.P.C. A Integração da família, partindo da melhora psicológica de cada membro: Contribuições da psicoterapia psicanalítica as vítimas de violência doméstica. *Trabalho apresentado no IX Jornada APOIAR Violência Doméstica e trabalho em rede: compartilhando experiências - Brasil, Argentina, Chile e Portugal*. IPUSP. São Paulo. (2011).

Carmo, R.(2013). Declarações para memória futura: crianças vítimas de crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual.Revista do Ministério Público, Lisboa, a.34 n.134.(Abr.-Jun.),117-147

Cicchetti, D. & Curtis, J.W. (2005), An event - related potential study of the processing of affective facial expressions in young children who experienced maltreatment during the first year of life. *Development and Psychopathology* 17 641–677.

Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., First, M.B., Gordon, K., & Brook, J.S. (2005), Self-Reported Personality Disorder in the Children in the Community sample: convergent and prospective validity in late-adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders*; Feb 2005; 19, 1; 30-52.

Colacique, M.A.M. & Tardivo, L.S.P.C. *Quando a confiança familiar pode tornar-se um caso de polícia*. In: Tardivo, L.S.P.C e Gil,C.A.(Org). Apoioar: Novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2008.

De Young, A.,C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011), Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-50.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C.(2002), El concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. In: SANMARTINS, J. (Org). Violência contra niños. Barcelona: Ariel, p.81-106.

_____(2011), Tratamiento Psicologico de lãs Victimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 2, 2011, pp. 469-486.

Ebigbo, P. O. (2003), Child abuse in Africa: Nigeria as focus. *International Journal of Early Childhood*; 2003; 35, 1/2; 95-113.

Follingstad, D. R. & Rogers, J. M. (2013), Validity Concerns in the Measurement of Women's and Men's Report of Intimate Partner Violence. *Review: Sex Roles*. Volume 69, [Issue 3-4](#), pp 149-167

Flowers, A. L., Hastings, T. L. & Kelley, M.L. (2000), Development of a Screening Instrument for Exposure to Violence in Children: The KID-SAVE. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 22, No.(1).93-104.

Gardner, R. A. (2003), Interview criteria for assessing allegations of sexual abuse in children and adults. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*; Summer. 31, 2; 297-323.

Gresham, F.M., Cook, C.R., Crews, S. D. & Kern, L. (2004), Social Skills Training for Children and Youth with Emotional and Behavioral Disorders: Validity Considerations and Future Directions. *Behavioral Disorders* 30.1: 32-46.

Greeson, J.K.P., Ake III, G.S., Howard, M. L., Briggs, E. C., Ko, S. J., Pynoos, R.S., Cassandra L. Kisiel, C. L., Ellen T. Gerrity, E. T., Fairbank, A. J., Layne, C. M., & Steinberg, A. M. (2011). Complex Trauma and Mental in Children and Adolescents Placed in Foster Care: *Findings from the National Child Traumatic Stress Network*. *Child Welfare* • Vol. 90, No. (6) 91-108.

Gödert, H. W., Matthias, G., Hans-Georg, R.& Gerhard, V. (2005). Statement validity assessment: Inter-rater reliability of criteria-based content analysis in the mock-crime paradigm. *Legal and Criminological Psychology* [10](#): 225-245.

Goodman, G. S., Myers, J. E. B., Qin, J. Jodi A. Quas, J. A., Castelli, P. Redlich, A. D., & Lisa Rogers, L. (2006), Hearsay Versus Children's Testimony: Effects of Truthful and Deceptive Statements on Jurors' Decisions. *Law and Human Behavior*, Vol. 30, No.-3.

Godoy-Cervera, V. & Higuera, L. (2005), Criteria-based content analysis (CBCA) in Statement in Credibility Assessment. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, pp. 92-98.

Haeseler, A. L. (2006), Children of abuse and school discourse: implications for teachers and administration. *Education Journals*; Spring; 126, 3; 534-540.

Hasselman, M.H.& Reichenheim, M.E. (2003), Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (4):1083-1093.

Hatzenberger, R.; Lima, A.P.V.R.; Lobo, B.; Leite, L. & Christian Haag Kristensen, C. H. (2010), Posttraumatic stress disorder and cognitive impairments in women victims of intimate partner violence. *Ciências & Cognição*. Vol 15 (2): 094-110.

[John, I.A.](#), & [Lawoko, S.](#) (2010), Assessment of the structural validity of the domestic violence healthcare providers' survey questionnaire using a Nigerian sample. [J Inj Res Violência](#). junho 2010, 2 (2) :75-83. doi: 10.5249/jivr.v2i2.41.

Katherine, C. Pears, K. C. & Fisher, P. A. (2005), Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology* 17: 47–65.

Kiyohara, Sheri M (1995), Child abuse detection: A mandate for refinement. *Journal of Child Sexual Abuse*; 4, 2; p 105.

[Kugler, B. B.](#); [Bloom, M.](#), [Kaercher, L. B.](#), [Truax, T. V.](#) & [Storch, E. A.](#) (2012), Somatic Symptoms in Traumatized Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* [43.5](#) (Oct 2012): 661-73.

- Miura, P. O, Naffah N., A., Paixão, R., & Redondo, J. (2011). "A constituição do self a partir das relações familiares abusivas: um enfoque winnicottiano", *Psicologia Revista* (Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde/ PUC-SP). 20, 1, 43 – 66.
- Murray, L. K., Bass, J., Chomba, E., Imasiku, M., Thea, D., Semrau, K., Cohen, J. A., Lam, C., & Bolton, P. (2011), Validation of the UCLA Child Post traumatic stress disorder-reaction index in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*, 5-24.
- Orcutt, H. K., Goodman, G. S., Tobey, A. E., Batterman-Faunce, & J. M., Thomas, S. (2001), Detecting Deception in Children's Testimony: Factfinders' Abilities to Reach the Truth in Open Court and Closed- Circuit Trials. *Law and Human Behavior*; Aug 2001; 25, 4; Psychology Journals. p 339.
- Passarini, G. M. R.; Colacique, M. A. M.; & Tardivo, L. S. L. P. C. (2012). *Reflexões sobre adoção Transnacional: um estudo de caso*. Trabalho apresentado no IV Congresso da ULAPSI, União Latino-americana de Entidades de Psicologia, 26 a 28 de abril de Montevideo-Uruguai.
- Peixoto, C. E., Ribeiro, C., & Alberto, I. (2013), O Protocolo de Entrevista Forense do NICHD: contributo na obtenção do testemunho da criança no contexto português. *Revista do Ministério Público, Abril-Junho*. 134:149-187.
- Pinto Junior, A. A. *Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico*. São Paulo: Vetor, 2005.
- Tafner, A. Colacique, M. A. M., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2012), A Percepção Terapêutica Sobre o Vínculo Afetivo Dentro de Abrigo Para Crianças e Adolescentes. *Trabalho apresentado na X Jornada Apoiar do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia*

Clínica Social – 20 anos: O Percurso e o Futuro. 23 de Novembro- SP. Na modalidade-Poster.

Tardivo, L. S. P. C. & Pinto Júnior, A.A. (2010). IFVD- Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. São Paulo: Vetor Editora.

Tardivo, L. S. P. C. (2013), Identity diffusion in Brazilian adolescent victims of violence and offenders: diagnostic considerations and bases for intervention.15th. *International Congress of Escap European Society for Child and Adolescent*. M5-03-05 (155).

Tironi, C.M.R.; Colacique, M.A.M.; Tardivo, L.S.L.P.C. A Hora de Jogo Diagnóstica de uma Criança Abrigada por Negligência Parental. *Trabalho apresentado na 41ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia- 26 a 29 de Outubro de 2011 Belém – PA – na modalidade Pôster*. Apoio Financeiro: CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Tite, R. (1994). Detecting the symptoms of child abuse: Classroom Complications. *Canadian Journal of Education*, 19(1), 1-14. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/215381335.accountid=43959>.

Torres, A., Navarro, P., García-esteve, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herreras, Z., & Martín-santos, R. (2010). Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 25(3), 275-286.

Raskin, D.C.& Esplin, P.W.(1991), Statement validity assessment: Interview procedures and content analysis of children's statements of sexual abuse. *Behavioral Assessment*, Vol 13(3), 1991, 265-291.

- Reichenheim, M.E. & Moraes, C. L. (2003), Portuguese-language cross-cultural adaptation of the *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC), an instrument used to identify parental violence against children. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1701-1712, nov-dez, 2003.*
- Reichenheim, M. E., Souza, E. R., Moraes, C. L., Jorge, M. H. P. M., Silva, C. M. F. P., et al.(2011), Health in Brazil 5: Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 377.9781 (Jun 4-Jun 10, 2011): 1962-75.
- Reis, M. & Nahmiash, D. (1999), Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*; Aug 1998; 38, 4; 471-480.
- Ruggiero; K.J. & McLeer, S. V. (2000), PTSD Scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with Non-Clinic-Referred Sexually Abused Children. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 13, No. 2,287-299.*
- Sabourin, M. (2007), The Assessment of Credibility: An Analysis of Truth and Deception in a Multiethnic Environment.*Canadian Psychology*; Feb 2007; 48, 1; ProQuest Psychology Journals. p 24.
- Santos, B.R. & Itamar Batista Gonçalves, I. B.– coordenadores da pesquisa. (2008). Depoimento Sem Medo (?). Culturas e Práticas Não-Revitimizantes. Uma Cartografia das Experiências de Tomada de Depoimento Especial de Crianças e Adolescentes – Brasília – DF: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. São Paulo – SP: *Childhood Brasil (Instituto WCF–Brasil)*. 220.
- Stephen A. A; & Cramer-Benjamin, D. B. (1999), The impact of couple violence on parenting and children: An overview and clinical implications. *The American Journal of Family Therapy*; Jan-Mar. 27, 1-19.

Stewart, D. E., MacMillan, H. & Nadine, W. (2013). Intimate Partner Violence/La violence entre partenaires intimes. *Canadian Journal of Psychiatry*; 58, 6; Psychology Journals, 1-17.

Svensson, B. & Janson, S. (2008), Suspected Child Maltreatment: Preschool Staff in a Conflict of Loyalty. *Early Childhood Educ J.* 36:25–31.

Vilariño, M., Arce, R. & Fariña, F. (2013), Forensic-Clinical Interview: Reliability and Validity for the Evaluation of Psychological Injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2013, 5(1): 1-21.

Vrij, A. (2005), Criteria–Based Content Analysis: A Qualitative Review of the First 37 Studies. *Psychology, Public Policy, and Law* 2005, Vol. 11, No. 1, 3–4.

Vrij, A., Mann, S. & Kristen, S. (2007). Cues to Deception and Ability to Detect Lies as a Function of Police Interview Styles. *American Psychology-Law Society/Division 41 of the American Psychological Association*, 31: 499–518.

Welder, A. N. (2000). Sexual abuse victimization and the child witness in Canada: Legal, Ethical, and Professional Issues for Psychologists. *Canadian Psychology*; Aug 2000; 41, 3; Psychology Journals, pg. 160-173.

WHO- Violence and Injury Prevention and Disability (VIP). (2002)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/outline/en/index.html

O VALOR DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DA DEPRESSÃO

Rodrigo Jorge Salles⁸⁸

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁸⁹

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo apresentar o processo psicodiagnóstico interventivo de uma mulher de 60 anos de idade com depressão. Foram realizados sete encontros semanais, seguidos de uma sessão de *follow-up* efetuada um mês após o primeiro ciclo de atendimentos. Os instrumentos utilizados incluíram entrevistas abertas, a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, introduzida em três momentos deste processo, e o Teste de Apercepção Temática para Idosos. Como resultado pode-se perceber um auto relato de melhora por parte da paciente, também constatado nas aplicações e reaplicações da escala de depressão geriátrica, que demonstraram uma diminuição significativa na sintomatologia depressiva após as intervenções. O processo também possibilitou uma compreensão mais acurada dos significados da depressão na organização psíquica desta paciente.

Palavras-Chave: psicodiagnóstico interventivo; depressão; velhice

Introdução

O psicodiagnóstico interventivo vem se consolidando como um importante enquadre clínico no atendimento e avaliação focal nos diversos dispositivos da clínica social. Sua principal característica é a não separação entre as tarefas diagnósticas e interventivas, sendo permitido ao profissional a realização de intervenções variadas durante as entrevistas e aplicações de técnicas e testes (Ancona-Lopez, 1995; Santiago, 1995; Tardivo, 2007; Barbieri, 2010b).

⁸⁸ Psicólogo, Estudante de Pós Graduação (Mestrando) juntao ao PSC do IPUSP (Bolsa CAPES)

⁸⁹ Professora associada do PSC – IPUSP- Coordenadora do laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. APOIAR

Embora se diferencie substancialmente do psicodiagnóstico tradicional, o surgimento do psicodiagnóstico interventivo está estreitamente associado a prática desta proposta inicial, em especial, a discussão sobre a entrevista de devolução de informações. As entrevistas devolutivas, ou, de devolução de informações, são entendidas por Ocampo e Arzeno (1995) como uma importante etapa do psicodiagnóstico, em que o profissional comunica ao paciente e/ou grupo familiar, os resultados obtidos após a realização das entrevistas e aplicação de testes. O incremento da etapa devolutiva no psicodiagnóstico possibilitou a consolidação de um novo tipo de relação entre psicólogo-paciente, diante da qual, o psicólogo deixa de ser apenas o “aplicador de testes” e passa a também compartilhar seus achados com o paciente.

Apesar de reconhecerem os benefícios do uso de devoluções no processo psicodiagnóstico, Ocampo e Arzeno (1995) foram cuidadosas em circunscrever estas devoluções à etapa final deste processo. Afirmam também que as informações devem ser transmitidas de forma discriminada e dosificada a depender das capacidades egóicas do destinatário. Quanto aos possíveis efeitos terapêuticos alcançados durante este processo, estas autoras afirmam que se tratam de efeitos terapêuticos involuntários, ressaltando que o principal objetivo do psicodiagnóstico se mantém sendo a elaboração de um diagnóstico e prognóstico. Nota-se então que apesar das importantes contribuições e avanços conquistados por Ocampo e Arzeno (1995) no campo psicodiagnóstico, certo receio ainda impeliu uma mudança mais profunda na concepção diagnóstica adotada, mantendo-se ainda intimamente ligada ao modelo clínico médico, que postula a necessidade de uma posição neutra, resultando em uma relação objetivante junto ao paciente.

A constatação destes chamados “efeitos terapêuticos involuntários” abriu precedentes para um estudo mais acurado sobre os possíveis benefícios alcançados durante o processo psicodiagnóstico e aplicação de testes e técnicas projetivas. Associa-se a este fator a necessidade de uma revisão do papel do psicólogo durante o processo psicodiagnóstico, abandonando a postura rígida inicial e abrindo-se para um contato pessoal com o sujeito que busca neste primeiro encontro uma postura de acolhimento ao seu sofrimento (Santiago, 1995).

O resultado deste processo culminou na consolidação do psicodiagnóstico interventivo, proposta que vem crescendo no cenário acadêmico e na prática clínica nos diversos dispositivos comunitários. Em consulta às bases de dados IndexPsi, Pepsic, Lillacs e Scielo, no período de Março de 2013, utilizando como descritor de assunto o termo “Psicodiagnóstico Interventivo”, foi possível encontrar 15 artigos que fazem referências a esta modalidade de trabalho. A análise dos períodos de publicações evidenciam artigos datados no intervalo de 2004 a 2012, demonstrando que o interesse pelo tema é recente, e o número de publicações em periódicos brasileiros ainda é incipiente.

Dentre estes trabalhos foi possível encontrar referências ao uso do psicodiagnóstico interventivo em contextos variados, como no tratamento de populações específicas, incluindo crianças anti sociais (Barbieri, Jacquemin & Alves, 2004), mulheres obesas (Mishima & Barbieri, 2009), pacientes adultos com depressão (Paulo, 2006) e estudantes de psicologia em momento de crise adaptativa diante o término do curso (Giovanetti & Sant`Anna, 2005). Também foram encontrados estudos enfatizando o caráter pedagógico-interventivo deste procedimento no ensino em atendimento clínico no contexto de clínicas escolas (Tardivo, 2007), bem como, trabalhos que discutem o valor do psicodiagnóstico interventivo como meio de produção de conhecimento científico (Barbieri, 2010).

Tendo em vista atualidade da temática e a necessidade de empreender mais estudos com o intuito de compreender cada vez mais a viabilidade deste enquadre, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o processo de psicodiagnóstico interventivo psicanalítico realizado com uma paciente de 60 anos com sintomatologia depressiva. O estudo em questão é parte de uma pesquisa de ⁹⁰Mestrado que visa avaliar o uso do psicodiagnóstico interventivo com idosos no contexto comunitário.

⁹⁰“O Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico com Idosos Deprimidos no Âmbito Comunitário”. Pesquisa de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) sob orientação da professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e fomento financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Método

O presente estudo trata de uma pesquisa clínica que utiliza de uma metodologia do tipo qualitativa envolvendo o delineamento de estudo de caso. Foram realizadas sessões de psicodiagnóstico interventivo com periodicidade semanal, com tempo médio de cinquenta minutos em um serviço de assistência a idosos. A participante da pesquisa foi uma mulher de 60 anos de idade encaminhada para atendimento pelos profissionais do Centro de Assistência a Idosos, e que, concordou em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No primeiro encontro foi aplicada a escala de depressão geriátrica (GDS-15) (Yesavage et al, 1983; Almeida & Almeida, 1999; Tardivo, Gil, Manna, Miguel, Tosi, Silva & Esteves, 2011) com o objetivo de avaliar a presença de sinais e sintomas depressivos. Este encontro foi seguido por entrevistas abertas e pela aplicação do Teste de Apercepção Temática para Idosos (Bellak & Abrams, 1998), instrumento devidamente validado para a população do Brasil (Tardivo, Gil, Manna, Miguel, Tosi, Silva & Esteves 2011; Tardivo, 2008). Todas as etapas, incluindo a aplicação e correção dos testes, foram realizadas pelo próprio pesquisador, assim como a transcrição das sessões, tendo sido feitas através de anotações de cada sessão a partir de sua memória

Foram realizadas um total de sete sessões de psicodiagnóstico interventivo seguidas de uma sessão de *Follow-Up*, efetuada após um mês da finalização das sete sessões iniciais. A GDS-15 foi reaplicada duas vezes durante este processo: no sétimo encontro, fechando o primeiro ciclo de atendimentos, e no follow-up, visando verificar possíveis mudanças nos sintomas de depressão verificados no primeiro encontro. Cabe ressaltar que a paciente em questão faz uso constante de medicação antidepressiva (cloridrato de sertralina), há um ano, não sendo introduzidas novas medicações ou alterada a dosagem durante o período de atendimento. A presente pesquisa foi submetida ao ⁹¹Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Plataforma Brasil.

⁹¹ Pesquisa aprovada na data de 02/05/2013 sob o número do protocolo 000318/2013.

Resultados

Para a exposição dos resultados, optou-se por apresentar uma síntese das entrevistas e resultados da aplicação dos testes. Junto a apresentação foram incluídas alguns trechos de falas da paciente com o objetivo de ilustrar a evolução dos atendimentos. Visando preservar a identidade da paciente, adotou-se o nome fictício de Marta.

Caso Clínico

Marta é uma mulher de 60 anos de idade. Tem estatura média, pele morena e cabelos tingidos de negro com raízes brancas, demonstrando que há algum tempo não são retocados. Apesar da aparência frágil, seu tom de voz é alto e forte, seguido de uma fala rápida que condiz com seu curso de pensamento acelerado. Marta é aposentada por invalidez, mas ainda se mantém ativa, participando de diversos trabalhos grupais no centro de convivência para idosos, e fazendo também um curso noturno de maquiagem em uma instituição que fornece cursos técnicos. Atualmente mora com seu filho mais velho.

Marta é apresentada pelos profissionais de saúde da instituição. Nesta mesma ocasião, em uma breve conversa, Marta conta sobre sua complexa relação com o filho mais novo que vem fazendo uso de maconha. Este assunto é abordado na própria recepção demonstrando a urgência de alguém que está muito angustiada. Ao final deste primeiro encontro, Marta é informada sobre a pesquisa, concordando em participar.

Transcorrida uma semana, Marta se apresenta na sala de atendimentos da instituição. Ela é acompanhada por uma das profissionais da unidade, que alerta sobre o estado de saúde da paciente. Marta é diabética e teve um aumento na glicemia durante as atividades que realizava no período da manhã. No decorrer da entrevista, Marta vai atribuir este aumento da glicemia a ansiedade causada pelo filho.

Marta diz *“Na verdade tudo tem a ver com meu filho. Acho que é por causa dele que tenho tido essa ansiedade, e isso tem afetado minha saúde. Ele está usando drogas, mas acho que tudo começou com a morte do pai. O pai se matou quando ele*

era bebê. Digo bebê, mas ele tinha três anos. Mas para mim é como se fosse bebê ainda.”.

Conta a história de seu marido, um homem criado por uma família tradicional da cidade de São Paulo, era portador de esquizofrenia. A família sempre omitiu a existência da doença, embora fizesse acompanhamento com profissionais desde a infância. Relata que um dia o marido colocou fogo no próprio corpo e se jogou da janela. Marta ficou sozinha com dois filhos, sem poder contar com apoio de sua família, recebendo apenas um suporte financeiro por parte da família do marido.

Sobre sua relação com a família do marido afirma “(...) *eles não gostavam de mim. Acredito que era porque sou negra e o filho era loiro dos olhos azuis. (...) mas quando comecei a trabalhar com a mãe dele isso mudou, eles me aceitaram melhor. Só que quando ele morreu tudo ficou diferente. Eles me culpavam pela morte dele, como se eu tivesse que ter notado que ele não estava bem. Como se tivesse que evitar.*”

Marta trabalhou como maquiadora no ateliê de costura de sua sogra. Ao fazer o relato acima, se comove e começa a chorar. Esta temática da culpa será retomada diversas vezes durante os encontros. Após a morte do marido, afirma que os filhos foram criados em “dois lares”. Na casa dos avôs paternos, possuíam uma vida confortável, frequentando uma escola particular e cursos de línguas. Já em sua casa tinham a típica vida de garotos de uma zona periférica. Acredita que estes contrastes foram difíceis para os filhos. Em um determinado momento afirma “(...) *me culpo as vezes, penso que eles acabaram sendo mimados. Aqui na periferia um garoto com 14 anos já é um homem. O Alexandre (filho mais novo) acabou tendo tudo na mão. Não teve limites.*”

Marta fala também sobre o falecimento recente de seu sogro e a reação do filho a este episódio. Os dois eram muito próximos e Alexandre teve dificuldades em lidar com essa perda. Relata também o relacionamento do filho com uma mulher “barra pesada”. Esta descrição se deve ao fato de ser irmã de traficantes que atuam na região. Esta mulher engravida e os dois passam a morar juntos. Atualmente o filho tem três anos.

Sobre sua saúde, Marta afirma que teve dois AVCS, é hipertensa, diabética e teve um episódio depressivo grave há 10 anos. Realiza acompanhamento médico periodicamente e começou as atividades no centro de idosos há alguns anos. Fala do centro com muito carinho, demonstrando a importância que este espaço ocupou em sua recuperação do AVC.

Marta fala sobre seu atual relacionamento, a que define como um “namorado”. Conta um episódio recente em que viajou para Curitiba com essa pessoa. Ao voltar, seu filho havia contraído empréstimo com agiotas. Diferentemente do que havia me relatado anteriormente, afirma que o dinheiro do empréstimo não foi destinado a drogas, mas sim, para reformar a casa onde mora com sua esposa e filho. Afirma ter se sentido culpada por ter passado esse tempo fora, imaginando que sua presença na cidade poderia ter evitado o incidente. Durante o encontro a postura do terapeuta se restringe a perguntas e pontuações visando o esclarecimento sobre o que vem acontecendo com Marta. Ao final, um comentário é realizado:

“Marta, durante seu relato tive a impressão de que você está sempre em busca dos “porquês” que justifiquem o comportamento do seu filho. Seja o suicídio do pai, a morte do avô ou por ter de ser pai tão cedo. Acho que é difícil entender todos esses porquês, mas fica claro que ele está sofrendo e seu comportamento nos mostra isso. No entanto, existe uma outra coisa que me chamou a atenção. Você ficou esse tempo todo cuidando dos filhos sozinha, sem contar com o apoio da sua família ou da família de seu marido. Fiquei pensando no quanto deve ter sido difícil passar por tudo isso sozinha, e em como foi pra você ter que lidar com todas essas perdas e dificuldades.”

Marta fica calada e depois de alguns segundos diz *“É verdade, nunca tive um lugar para falar sobre essas coisas. Meus médicos sempre falaram que eu deveria buscar ajuda.”*. O terapeuta pergunta “E como está sendo pra você falar sobre essas coisas comigo” ao que Marta responde *“Sinceramente? Me sinto apoiada. É bom saber que tenho alguém para falar disso.”*

É aplicada a Escala de Depressão Geriátrica e Marta totaliza 11 pontos positivos para depressão em um total de 15 perguntas, o que sinaliza a presença de um

Transtorno Depressivo Maior. No segundo encontro, Marta chega à sessão com uma postura diferente. Conta que na última semana ficou de acompanhante durante a internação hospitalar de sua irmã. Afirma que teve um bom tempo para pensar sobre os assuntos abordados na semana anterior. Sente que algumas coisas estão “se clareando”. *“Às vezes acho que minha cabeça é igual esse chão (aponta para o piso da sala que é composto por peças de quebra cabeça coloridas). Em alguns momentos fica tudo esparramado e não consigo ver nada, mas às vezes tudo vai se juntando.”*

Afirma que no último encontro que teve com o filho sentiu uma postura mais afetiva por parte dele. Começa a se questionar sobre a forma como se relaciona com o filho, chegando a indagar que talvez o problema fosse ela e a maneira como se posiciona nestes encontros. Em um determinado momento o terapeuta pontua “(...) acho que existem algumas coisas que ficam muito misturadas nesta relação, aquilo que é do Alexandre...” Neste momento Marta completa a frase “(...) e aquilo que é meu né?”, *“Acho que é exatamente isso que acontece. Eu tenho misturado meus problemas com os dele.”*

Nesta mesma sessão é iniciada a aplicação do SAT. Durante a aplicação do teste Marta se mostra muito disponível e interessada. Em determinado momento afirma *“Não entendo muito pra que serve essa atividade, mas estou me jogando na foto, vamos ver no que dá”*. Nas primeiras pranchas Marta fala sobre sua infância no interior e relacionamento com os pais. Destaca a semelhança de uma das personagens com sua mãe, a quem descreve como uma “pobre rica”, uma mulher delicada e com traços finos, a quem admirava muito.

A terceira prancha se mostra muito significativa para Marta, sendo retomada em diversos outros momentos durante os encontros. A figura ilustrada na prancha é a de um casal em um parque com uma criança pequena. Marta afirma inicialmente que essa prancha a lembra de sua infância *“(...) uma mãe maravilhosa, o pai também, no interior da cidade onde cresci.”* Destaca que o garoto da foto poderia ser ela, apesar da diferença de sexos. Ressalta o bom relacionamento dos pais e o cuidado ofertado durante sua infância. Na quarta prancha irá retomar a relação dos pais, afirmando que foi um modelo para ela. Ainda sobre a terceira prancha, Marta afirma *“Essa foto é*

também um sonho meu”, *“Eu no futuro com meu marido e filho. Isso me deixa triste, meus filhos cresceram sem pai. Poderia ter sido como nessa foto, mas meu marido foi covarde.”*.

Neste momento Marta se comove. Chora e se lamenta pela morte do marido, mas ao mesmo tempo, demonstra um grande rancor pelo seu abandono. No terceiro encontro estaquestão é retomada. Marta e o terapeuta conversam sobre seu ideal de família baseado na relação de seus pais e em como as coisas transcorreram de uma forma diferente em sua vida. Neste momento o terapeuta pontua “Sei que a realidade é bem diferente daquela figura com a família feliz. Mas essa família, mesmo com suas diferenças, não poderia ser feliz?”. Marta concorda.

Em nossos encontros posteriores, Marta enfatiza sua necessidade de ajudar a todos que estão a sua volta, atitude que não se restringe ao seu filho Alexandre, estendendo-se a conhecidos e estranhos *“(…) Eu me responsabilizo por todo mundo, assim como faço com o Alexandre.”* Durante a aplicação do teste Marta tem um *insight* sobre essa situação *“(…) Acho que tem a ver com meu marido. Quando ele faleceu a família dele me culpava por não ter sido atenta. Mas eu tinha dois filhos. Sei que não é verdade. Mas só de falar nisso já fico assim (começa a chorar)”*. *“Acho que agora fico tentando cuidar de todo mundo, me responsabilizar, pra compensar isso que aconteceu com ele. Mas não sei como parar com isso. Tenho que ser sempre essa heroína”*.

O terapeuta destaca o peso que esta responsabilidade pode comportar. Diante disso Marta afirma *“Mas a verdade é que me sinto como se fosse várias pessoas. Fico perdida e não sei quem eu realmente sou”*. Posteriormente, Marta retoma a temática sobre a necessidade de ajudar e agradar pessoas a sua volta, relacionando-a agora às sessões realizadas *“(…) Às vezes eu presto atenção nas pessoas e fico tentando entender o que elas gostam. Minha fisioterapeuta por exemplo, ela tem o jeito dela todo expansivo e quando estou com ela converso, rio, brinco. Tenho a forma de agradar ela. Quando estou com os outros em uma festa também sou assim. Até aqui com você”*. Diante desta frase, o terapeuta faz uma colocação *“Bom, aqui você não precisa agir de uma determinada forma para me agradar. A Marta é muito bem vinda aqui, seja ela como for”*. Esta colocação foi fundamental para a consolidação de um fortevínculo de

trabalho. Marta retoma esta afirmação ao final dos encontros dizendo que ninguém nunca tinha lhe dito algo assim.

No transcorrer dos encontros Marta começa a falar abertamente sobre como vem se sentindo bem, enfatizando os benefícios das sessões *“Olha, já passei por dois psicólogos depois da morte do meu marido. Mas não me dava bem. Não gostava. Um deles era super reconhecido aqui em São Paulo. Mas eu ficava pensando: Ai gente que coisa esquisita ficar aqui com esse papo de aranha. (...) mas aqui não. Gostei dessa atividade. Foi muito interessante. Essa coisa de ter as figuras, eu olhava para elas e vinha tudo que estava sentindo. Fica até mais fácil pra eu entender”*.

No último encontro Marta é questionada sobre como se sente em relação ao encerramento deste processo. Marta diz: *“Pois é, estava pensando nisso hoje. Vou te contar uma coisa que vai responder essa sua pergunta. Na semana passada eu pedi para o Bruno, meu filho, tirar umas roupas da máquina e estender no varal para mim. Ele fez isso e depois veio falar comigo dizendo que estava muito feliz porque tinha um “colorido” na máquina. Sempre usei roupas pretas ou outras mais escuras, mas de um tempo para cá tenho optado por usar cores mais vivas. Um dia desses fui até o Shopping e resolvi comprar flores e arranjos para colocar na casa e dar um ar mais leve. Não sei se é bem isso, mas acho que mostra como estou me sentindo”*.

Ao falar sobre a relação com o filho afirma que preferiu adotar outra postura, distanciando-se e dando a ela mais espaço e autonomia para lidar com sua própria vida, aproveitando este tempo para se dedicar ao outro filho, a quem quase não dava atenção, e ao seu curso de maquiagem. Ao final do encontro, a Escala de Depressão Geriátrica é reaplicada, registrando uma diferença considerável em relação ao primeiro encontro. Marta assinala apenas um ponto positivo para depressão.

Na sessão de *follow-up*, realizada um mês após o último encontro, Marta está fisicamente diferente. Ela está maquiada e com os cabelos tingidos de preto. Se veste bem e parece estar muito animada, brincando e fazendo piadas em diversos momentos da sessão.

Neste encontro fala sobre o término do seu curso e sobre os planos de voltar a trabalhar no ateliê com a sogra. Fala sobre a relação com o filho e sobre a atitude de manter certa distância dando espaço a ele. Afirma que no início o filho estranhou esta postura, mas que hoje estão muito bem. O filho está trabalhando e tem se mostrado mais afetivo nos momentos que estão juntos. Marta chega a afirmar que talvez tenha interpretado o uso de maconha de uma forma errônea, tomando ao “pé da letra” a informação que lhe foi passada por terceiros. Ao final do encontro a GDS é reaplicada obtendo o resultado de dois pontos positivos para depressão. No entanto, na pergunta “Tem se sentido cheio de energia”, Marta afirma que o resultado pode ter sido influenciado por problema de saúde recente que tem lhe deixado um pouco indisposta.

Discussão

O caso oferece margem para uma ampla variedade de temas em função de sua complexidade. No entanto, para o propósito deste trabalho, será eleito como foco para esta discussão, o lugar da depressão e seu significado no funcionamento psíquico de Marta, assim como, sua evolução no processo psicodiagnóstico interventivo.

Em um primeiro momento, Marta traz como queixa principal um relacionamento conflituoso com o filho, que encobria uma questão ainda mais complexa, o luto não elaborado pela perda de seu marido e os sentimentos de culpa relacionados a esta perda. Como tentativa de reparação Marta investiu fortemente em seus filhos, tentando suprir a falta da figura paterna em sua criação, mas fica claro que nunca se permitiu lidar diretamente com esta perda. Durante a aplicação do SAT, em especial na prancha três, Marta fala pela primeira vez sobre a ambivalência de sentimentos sustentados em relação à perda do marido. Marta ama seu marido e sofre pela sua perda, mas também sente um grande rancor por ter sido “covarde” e ter abandonado a ela e sua família.

Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1974) descreve a melancolia em termos econômicos, salientando a introjeção do objeto perdido e o afastamento da realidade que caracteriza o eixo narcísico desta patologia. Na mesma proporção em que sente amor e devoção ao objeto, o indivíduo também experimenta um grande ódio pelo seu abandono. Esta tendência sádica em relação ao objeto é deslocada ao próprio Ego na

forma das auto recriminações, punições e torturas nas mais variadas formas. Posteriormente, em sua segunda tópica, quando desenvolve seu modelo estrutural do aparelho psíquico, Freud (1923/1974) irá retomar este assunto e delegar a presença de um Superego severo, o papel nas tendências sádicas e recriminatórias frente ao abandono do objeto na melancolia.

Este processo pode ser evidenciado em Marta durante o psicodiagnóstico interventivo. O sentimento de culpa era uma constante, estando deslocado para sua relação com o filho, encobrindo o ódio que Marta direcionava ao objeto original que a abandonara. Toda sua devoção ao filho, que por vezes incorria em uma superproteção, e reproduzida em suas demais relações sobre a sua “necessidade de ajudar e agradar a todos” caracterizam um grande medo de perder o “outro” e re-experienciar a perda original, como se existisse em si uma destrutividade tamanha que aniquilaria todos os objetos com os quais se vinculasse. Os encontros se configuram como um importante espaço onde Marta pode, enfim, falar sobre esta perda, e se permitir ser cuidada por alguém que não a julga, sobrevivendo a esta destrutividade sem reproduzir a experiência de abandono.

Podemos presumir também que a depressão de Marta possui outros sentidos. Em “o valor da depressão”, Winnicott (1963/2005) destaca que a experiência depressiva comporta um paradoxo. Seus sinais e sintomas, quando entendidos pela lógica da psicopatologia psiquiátrica, apontam para um grande estado de sofrimento, que no caso de Marta, pode ser apaziguado durante o processo psicodiagnóstico em associação com a medicação que vinha utilizando no último ano. Porém, quando partimos de uma leitura psicanalítica, sua depressão pode ser compreendida como um sinal de saúde.

Para Winnicott (1963/2005) a capacidade de se deprimir é um indicativo de um ego forte e que obteve algum grau de sucesso durante o processo de amadurecimento emocional primitivo, conquistando a capacidade de se preocupar com o outro. Sendo assim, o indivíduo só é capaz de se deprimir quando seu Ego reconhece que o objeto amado é o mesmo que o odiado, podendo então realizar a reparação de seus ataques agressivos.

A depressão de Marta pode ser entendida também a luz das contribuições teórica de Pierre Fédida (1999). Para este autor, a passividade existente no agir depressivo pode ser compreendida como uma defesa diante a ausência do objeto. Esta passividade é entendida pelo autor como um período de temporalização subjetiva que possui uma importante função terapêutica. O período de inação possibilita ao paciente depressivo uma elaboração do luto e a lenta descoberta da capacidade de ficar sozinho podendo de simbolizar a ausência.

A fim de compreender a função da depressão, Berlinck e Fédida (2000) fazem uma analogia entre o estado depressivo e o período de hibernação vivenciado periodicamente por alguns mamíferos. A depressão, enquanto organização narcísica do aparelho psíquico, é uma resposta transitória para a perda do objeto, assim como a hibernação se trata de uma medida de proteção diante da catástrofe glacial.

Seguindo este raciocínio, podemos concluir que, embora traga considerável sofrimento, a depressão de Marta demonstra uma parte saudável de seu mundo interno. O alívio obtido por Marta não diz respeito à remissão sintomática de sua depressão, mas sim, da possibilidade de integração de sua depressividade em um *setting* que provém uma experiência de sustentação. Em seu trabalho sobre as consultas terapêuticas, Winnicott (1984) salienta o principal papel deste espaço é a possibilidade de o paciente colocar em transito ideias que não tinham um local adequado para serem pensadas, vivendo uma experiência integradora junto à figura do terapeuta. Marta parecia estar impelida em um processo de mudança e pode encontrar um espaço para colocar em transito o turbilhão de ideias que a assombrava.

Considerações Finais

O caso clínico descrito aponta para a importância de uma releitura do papel da depressão na economia psíquica do indivíduo, evidenciando uma importante contribuição da psicopatologia psicanalítica para a compreensão desta condição que tem se mostrado cada vez mais frequente na população geral. A experiência do caso de Marta demonstra também os benefícios do psicodiagnóstico interventivo, que se configura como uma opção de enquadre diferenciado no processo de avaliação e

intervenção junto a idosos depressivos. Este tipo de enquadre mostra-se adequado as demandas da clínica social brasileira, garantindo certa resolubilidade frente aos diversos tipos de sofrimentos mentais encontrados nas instituições. Seu caráter focal, com número limitado de sessões, permite uma avaliação acurada e uma intervenção breve, mas que não perde aprofundidade. Faz-se importante o empreendimento de novas discussões sobre os aspectos teóricos e práticos deste enquadre que vem se popularizando no campo da avaliação psicológica nacional.

Referências

- Almeida, O. P.; Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 421-426.
- Ancona-Lopez, S. (1995). Psicodiagnóstico: processo de intervenção?. In: M. Ancona-Lopez (Org.). *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção*. (pp. 26-36). São Paulo: Cortez.
- Barbieri, V.; Jacquemin, A.; & Alves, Z. M. M. B. (2004). Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia*, 14(28), 153-167.
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Bellak, L.; & Abrams, D. M. (1998). *Manual for the senior apperception technique*. New York: P.O. Box 83.
- Berlinck, M. T., & Fédida, P. (2000). A clínica da Depressão: questões atuais. In M. T. Berlinck, *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta.
- Fédida, P. (1999). Depressão. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1974). Luto e Melancolia. In: _____. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v.17, 197-211. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1974). O Ego e o Id. In: _____. *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v.17, 197-211. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

- Giovanetti, R. M.; & Sant`Anna, P. A. (2005). Estratégias de psicodiagnóstico interventivo e apoio em crises adaptativas por meio do jogo de areia e da EDAO. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 402-407.
- Mishima, F. K. T.; & Barbieri, V. (2009). Saúde feminina: considerações sobre o psicodiagnóstico interventivo na obesidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(2), 92-100.
- Ocampo, M. L. S.. & Arzeno, M. E. G. (1995b). A entrevista de devolução de informação. In: M. L. S. Ocampo; M. E. G. Arzeno & E. G. Piccolo (Orgs.). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Paulo, M. S. L. L. (2006). Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão. *Boletim de Psicologia*, LVI(125), 153-170.
- Santiago, M. D. E. (1995). Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise?. In: M. Ancona-Lopez (Org.). *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção*. (pp. 9-25). São Paulo: Cortez.
- Tardivo, L. S. L. P. C.; Gil, C. A.; Manna, R. E. ; Miguel, A.; Tosi, S. M. D.; Silva, M. C. V. M.; & Esteves, C. (2011). Depressão e envelhecimento: aspectos expressos no Sennior Apperception Test (SAT). In: *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e no I Congresso Ibero-Americano*, ABRAPSA - Metodista, São Paulo.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo - SAT. *Psicologia Saúde & Doenças*, 9, 154.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2007). Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em atendimento clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), 128-134.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2005). O valor da depressão. In: D. W. Winnicott, *Tudo Começa em Casa*. (Paulo Sandler, trad., pp. 59-68) São Paulo: Martins Fontes.
- Yesavage, J. A.; Brink, T. L.; & Rose, T. L.; et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.

**A PERPEÇÃO DA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE POR
ADOLESCENTES GRÁVIDAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dora Salcedo Barrientos⁹²

Paula Orchiucci Miura⁹³

Marina Gemma⁹⁴

Bruna Almeida Silva⁹⁵

Leila Salomão Cury de La Plata Tardivo⁹⁶

Fernanda Marçal Ferreira⁹⁷

Maria Iranilde dos Santos⁹⁸

Shirley Costa Rivero Llerena⁹⁹

⁹² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Psicodramatista – Sócio Educacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) <http://www.mulheresaude.com.br/> e-mail: dorabarrientos@usp.br. São Paulo. Brasil

⁹³ Psicóloga. Pós doutoramento no IPUSP (FAPESP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)

⁹⁴ Obstetriz (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”

⁹⁵ Discente do Curso de Obstetrícia (EACH-USP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”

⁹⁶ Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR) , Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP

⁹⁷ Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)

⁹⁸ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)

⁹⁹ Enfermeira. Especialista em Pediatria. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP)

Resumo

No contexto familiar, a revelação de uma gravidez na adolescência pode ser uma porta de entrada para perpetuação de situações de violência doméstica. Esse cenário evidencia a importância de profissionais de saúde capazes de reconhecer as necessidades das mulheres grávidas. Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção”, o qual é um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, que utiliza abordagem quanti-qualitativa, buscando a experiência vivida sobre a violência doméstica nas adolescentes grávidas. Sustentado pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva; foi desenvolvido junto a 10 adolescentes grávidas, que vivem na Zona Leste de São Paulo. Os dados foram analisados de acordo com as recomendações sugeridas pela literatura epidemiológica e análise do discurso de acordo com Fiorin. Nos discursos das adolescentes grávidas foram identificadas algumas categorias empíricas, neste artigo será apresentada a categoria “práticas dos profissionais da saúde” e suas dimensões. Portanto, este estudo contribuiu com a reflexão das práticas dos profissionais da saúde frente aos atendimentos das adolescentes grávidas vítimas de violência.

Palavras-Chave: gravidez na adolescência, violência doméstica, gênero, necessidades de saúde, profissionais da saúde.

Introdução

O presente estudo se insere como parte das ações de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção” (Salcedo-Barrientos, 2011), cujo objetivo central foi diagnosticar casos de violência e compreender a experiência vivenciada diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas que freqüentam estes serviços; ambos componentes do Grupo de pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal”- Diretório CNPQ.

Adolescência e Gravidez

Atualmente, o Brasil tem 21 milhões de adolescentes com idade entre 12 e 17 anos e cada 100 estudantes, apenas 59 terminam a 8ª série e 40, o ensino médio. As principais causas de evasão escolar incluem a violência e a gravidez na adolescência, totalizando o nascimento de 300 mil crianças de mães adolescentes (IBGE, 2011).

A gravidez na adolescência é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido a sua magnitude e amplitude, e principalmente pelos problemas decorrentes do mesmo onde se destaca o abandono escolar e o risco durante a gravidez (Ximenes Neto et al., 2007).

Violência Doméstica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), os índices de violência doméstica contra as mulheres em 10 países latino-americanos, mostram que uma a cada seis mulheres sofrem violência doméstica. No Brasil os índices revelam que 30% das mulheres entrevistadas sofrem tanto violência física quanto sexual, 60% somente violência física e 10% somente violência sexual. Um quinto da população mundial feminina já sofreu violência sexual ou física (OMS, 2010). Esta questão é então, considerada um problema de saúde pública que traz graves consequências para as vítimas com as repercussões da violência sofrida.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo compreender os atendimentos dos profissionais da saúde diante das adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica.

Processo de trabalho no atendimento da adolescente grávida

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo principal contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de

saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Ministério da Saúde, 1997).

Dentro da ESF (1997), os profissionais compõem uma equipe assistencial. É necessário que cada equipe tenha no mínimo um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Nesse mesmo contexto destacamos dentro do Programa “Mãe Paulistana” (Secretaria Municipal de Saúde, 2007) a assistência do pré-natal. Sendo assim, cabe aos profissionais envolvidos adotar medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade como, manter o diálogo com a gestante e o parceiro e informar sobre os procedimentos a serem desenvolvidos no trabalho de parto e parto. Com relação aos atendimentos das adolescentes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é assegurado à gestante através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

Sendo assim, cabe ao profissional de saúde assumir o papel de mediador entre a sociedade e suas necessidades de saúde. Cabe a ele fornecer um atendimento cada vez mais cuidadoso, visando atender as necessidades que permeiam o meio onde a adolescente está inserida, a condição epidemiológica particular dela, a qual faz com que ela carregue consigo necessidades de saúde específicas.

Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quanti-qualitativa, com intuito de identificar as situações de violência doméstica vivenciada pelas adolescentes grávidas que frequentam um posto de saúde na zona leste de São Paulo. Foi sustentado pela *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC* (EGRY, 1996), no qual se adota a concepção de determinação social do processo saúde-doença como teoria interpretativa dos fenômenos e a intervenção sistematizada e dinâmica na realidade das adolescentes grávidas.

A coleta das informações foi realizada por meio da realização de entrevista semi-estruturada composta por 7 (sete) questões norteadoras junto a 10 adolescentes grávidas, que fazem parte do Programa Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Leste de São Paulo. Todos os responsáveis pelas adolescentes participantes assinaram o Termo de Consentimento e todas as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. Todos os preceitos éticos foram observados e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Parecer 329/11 CAAE: 0071.0.162.000-11).

Os dados foram analisados segundo as recomendações da literatura epidemiológica sugeridos por Agreste (1990) e a *Análise de Discurso* dos temas contidos nos depoimentos foram analisados segundo Fiorin (2005).

Resultados e Discussão

Neste estudo, o perfil de produção e reprodução social das adolescentes permitiu evidenciar que, quanto ao estado civil 80% delas identificou-se como solteira (80%); com escolaridade média de seis anos; (70%) procedentes de São Paulo; cor autodeclarada: branca (50%), parda (30%), negra (10%); 90% desempregada, dependentes financeiramente dos pais.

Nos discursos das adolescentes grávidas foram identificadas algumas categorias empíricas, neste artigo será apresentada a categoria “práticas dos profissionais da saúde” e suas dimensões.

Atendimento dos Profissionais da Saúde: percepção das adolescentes

A gravidez na adolescência é um fenômeno de extrema importância e relevância social, logo, é importante que os serviços estejam preparados para ouvir e valorizar os sentimentos e preocupações das jovens, a fim de conhecer o contexto no qual estão inseridas e, assim, fornecer o apoio psicossocial necessário e as orientações pertinentes à promoção de uma gestação e sexualidade saudável. A postura do profissional deve ser

livre de preconceitos, buscando estabelecer uma relação de empatia e ajuda com a gestante adolescente (Levandowski *et al*, 2008).

Na pesquisa, 08 participantes fizeram menção aos atendimentos oferecidos pelos serviços de saúde. Destas, 04 estavam satisfeitas com a assistência recebida, sendo que somente uma se queixou da reorganização das áreas do Programa ESF, referindo gostar mais de seu antigo médico e enfermeira, pois eles a escutavam e explicavam melhor tudo o que acontecia com ela, enfatizando, assim, a importância da valorização da “escuta”, do papel da mulher como co-participe e co-responsável pela assistência.

Eu gostava mais do outro médico, porque ele era bom, conversava (E3).

No que diz respeito às dificuldades com o atendimento dos profissionais da saúde, foi possível identificar fragmentos de fala no discurso de 04 participantes que relataram a falta de vínculo entre serviço de saúde-paciente. Todas referiram não comentar com os profissionais que as atendem na UBS questões mais pessoais, o que faz refletir sobre o predomínio do caráter biomédico durante os atendimentos, em que as questões sobre o contexto social e psicológico não costumam ser investigadas e/ou a própria paciente as considera “íntima” para relatar durante as consultas.

Essa situação (~~separação~~) com o pai do bebê foi uma decisão minha. O pessoal do posto não ta sabendo.. .. É uma coisa mais (~~íntima~~) (E2)

Vale ressaltar que dentre estas 04 participantes, 03 foram vítimas e/ou são vulneráveis a situações de violência doméstica, tornando esta falta de confiança entre profissional-paciente ainda mais alarmante, uma vez que os profissionais de saúde têm um papel importante para a quebra do ciclo da violência, principalmente no que se refere à identificação, apoio psicossocial e encaminhamento dos casos.

A não identificação da violência sofrida pelas adolescentes aponta para a invisibilidade desta para os profissionais da saúde. Estes dados corroboram com um estudo americano, este apontou um percentual de 24% das mulheres que procuram o serviço de urgência e 28% das mulheres que procuram o serviço de atenção básica que

vivenciam situações de violência doméstica, mas somente 6% destas são identificadas nestes serviços (Warshaw; Ganley, 1998)

Em um dos discursos, a queixa esteve vinculada à figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que, por ser membro da comunidade, deixava a gestante insegura de expor algumas situações vivenciadas. Sabe-se que, no Programa Estratégia Saúde da Família, o vínculo inicial é estabelecido, principalmente, pela atuação dos ACS.

Não falei nada com ninguém aqui do posto, não, porque aqui também... A maioria que trabalha aqui no posto é daqui de dentro (da comunidade). Então pra não ter fofoca, intriga, colocar lenha na fogueira, então é melhor essas coisas mais íntimas não falar, né? (E4).

Por estar inserido na comunidade, espera-se que sua intervenção seja capaz de encontrar um equilíbrio entre o saber popular e o saber médico científico, de modo a aproximar as ações de saúde ao contexto domiciliar, ampliando a capacidade da população de realizar adequadamente a manutenção e/ou recuperação de sua saúde (Santos *et al*, 2011). Logo, este relato da adolescente torna-se importante objeto de investigação, uma vez que dificulta o fortalecimento do vínculo entre os usuários e o serviço, desfavorecendo o processo de promoção à saúde que se pretende alcançar por intermédio de um cuidado integral e preventivo.

Uma das adolescentes se queixou sobre o cancelamento de sua consulta, pelo médico, por ela ter chegado atrasada. Por um lado, isto revela certo descaso com a saúde materno-infantil, mas, por outro, deve-se considerar o cumprimento da agenda das unidades básicas de saúde. Os profissionais de saúde são submetidos a condições desfavoráveis de trabalho, como, por exemplo, falta de recursos humanos e materiais, baixa remuneração e sobrecarga da demanda assistencial, o que caracteriza um sucateamento da saúde e se configura em um problema importante a ser analisado e solucionado pela dimensão estrutural da organização (Aguiar, 2010).

Por fim, no que diz respeito as 04 participantes que não apresentaram queixas para com a assistência recebida, pode-se pensar que, talvez, essa aparente satisfação se deva ao fato de que muitas das posturas e práticas dos profissionais de saúde, consideradas

inadequadas, são incorporadas pelos pacientes, que, em vários momentos, se adaptam ao comportamento que as equipes esperam deles, reproduzindo os discursos das mesmas e apresentando uma participação passiva durante a assistência (Aguilar, 2010).

No que se refere às expressões explícitas de negligência por parte dos profissionais da saúde, apenas 01 gestante apresentou este relato durante a entrevista. Ela se queixou sobre a falta de cuidado da enfermeira durante a realização da ausculta dos batimentos cardio-fetais, que, além disso, ignorou suas queixas de dor. Diante disso, é possível pensar na relação de poder que se estabelece entre profissional-paciente, guiado pelo fato do saber médico científico ser socialmente aceito e valorizado, caracterizando-o como verdade única. Foucault (1979), já dizia que o profissional de saúde tem o domínio sobre o corpo do indivíduo, pois é ele que detém o conhecimento científico para combater as doenças. Quando o paciente precisa procurar pela assistência em saúde, torna-se objeto e alvo do saber e das intervenções.

A teoria do poder estabelece relações assimétricas entre profissional de saúde e paciente: um sujeito detém determinado saber sobre a saúde e cuidado e o outro “se sujeita” a isto, por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber. Esta relação está intimamente associada a situações de violência institucional. Diante do exposto, torna-se possível entender a relação da violência institucional e da crise de confiança profissional-paciente com o princípio da autonomia, uma vez que a autodeterminação e dignidade dos indivíduos deixam de ser respeitados, não sendo, assim, assegurados o direito a realização de seus desejos e vontades. Da mesma forma, a invisibilidade que cerca a temática da violência e a sua naturalização se relacionam com o princípio da justiça, uma vez que contribuem para a consolidação de uma ordem social injusta, sendo incompatível com a construção de uma sociedade que respeite plenamente a dignidade da pessoa e os Direitos Humanos (Martinez, 2008). Se fossem cumpridos os princípios da bioética e os profissionais envolvidos na assistência prestassem acolhimento, escuta e estabelecessem uma relação empática, haveria uma maior garantia de atendimento qualitativo e humanizado, facilitando a promoção de uma assistência integral.

Considerações Finais

Com o presente estudo pôde-se perceber a falta de qualificação e de comprometimento dos profissionais da saúde no atendimento das adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica. Observou-se que os profissionais não conseguiram identificar nenhuma adolescente vítima de violência. As adolescentes reclamaram da falta de vínculo e de confiança junto a estes profissionais, bem como de violência e negligência de médico e enfermeira nos atendimentos.

Portanto, percebe-se a necessidade de elaboração e execução de um programa de educação permanente para os profissionais da saúde sobre o atendimento de adolescentes grávidas, principalmente, no que tange ao assunto violência doméstica.

Esta educação permanente deve englobar: sensibilização, definição e procedimentos a serem adotados pelos profissionais da saúde frente a diversas situações de violência; a importância do estabelecimento da escuta acolhedora e do vínculo entre profissionais e pacientes; o trabalho em rede, ou seja, o trabalho entre profissionais de diversas instituições e áreas; a elaboração de um fluxograma inter e intrainstitucional para atendimentos e encaminhamento dos casos de violência; pesquisa e elaboração de instrumentos para identificação destes casos. Vale lembrar que a não notificação destes casos pelos profissionais da saúde é considerada como uma violência institucional.

Conclui-se que esta pesquisa contribuiu com a reflexão das práticas dos profissionais da saúde frente aos atendimentos das adolescentes grávidas vítimas de violência, bem como oferece subsídios para elaboração de programas de educação permanente à estes profissionais no âmbito da violência doméstica.

Referências Bibliográficas

AGRESTE, A. *Categorical data analysis*. New York: Willey, 1990.

AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* [Tese de doutorado] São Paulo: Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010 Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>.
Acesso em 06 de julho de 2012.

EGRY, E. Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto, 2005.

FOUCAULT, M. *O nascimento do hospital*. In: *Microfísica do poder*. Ed. 16ª, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília: Autor, 2011. Disponível em: IBGE <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 24 de setembro de 2012.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 2, pp. 251-63, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000200010&lang=pt. Acesso em 16 de maio de 2010

MARTINEZ, S. D. T. *Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher*. Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher Presidente Pudente, 2008. Disponível em: http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16. Acesso em 06 de julho de 2012.

[MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997](#)

MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, N. S. S.; NASCIMENTO, P. S. V.; AGUIAR, Y. A. A violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 4, pp. 373-376, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a02.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Violence against women: a priority health, 2010.
Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm. Acesso em 14 de junho de 2010.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas* em uma unidade básica na zona leste de São Paulo: *Bases para Intervenção*. Projeto de Pesquisa. Curso de Obstetrícia. Universidade de São Paulo, 2011.

SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, pp. 15-23, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13540.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal. Prefeitura da Cidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

XIMENEZ Neto, F. R. G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), pp. 279-85, 2007. [citado 17 maio 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300006&lang=pt

WARSHAW, C; GANLEY, A.L. Improving the health care response to violence. A resource manual for health care providers. San Francisco: Family violence prevention fund; 1998.

INSTITUIÇÕES CONVIDADAS

DISTÚRPIO DE SOCIALIZAÇÃO NA ADOLESCENCIA E A DESESTRUTURAÇÃO FAMILIAR

Rosa Maria Lopes Affonso¹⁰⁰

Amanda Fornaciari Augusto¹⁰¹

Nayara Rosa¹⁰²

RESUMO

O presente trabalho busca verificar em que medida a desestruturação familiar potencializa o distúrbio de socialização na adolescência. A pesquisa foi realizada a partir de um estudo de caso de uma adolescente de 17 anos que cursa a 2ª série do Ensino Médio. Os pais procuraram a clínica, pois relataram dificuldade de ter um diálogo com sua filha; alegaram que a mesma não os escuta e a adolescente também traz esta queixa, a qual acarreta discussões e brigas. A adolescente realizou 24 sessões de psicoterapia breve individual e os pais 23 sessões de orientação familiar. Foram analisados trechos de sessões da adolescente comparando com trechos de sessões com os pais e, a partir disto, o resultado obtido foi que ocorre uma intensificação no distúrbio de socialização a partir da desestruturação familiar.

Palavras-chave: adolescência; desestruturação familiar; distúrbio de socialização.

¹⁰⁰ Doutora de Psicologia. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie

¹⁰¹ Graduanda de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie

¹⁰² Graduanda de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie

INTRODUÇÃO

A adolescência encontra-se na fase entre a infância e vida adulta, é o período em que há uma intensa evolução do indivíduo, tanto no aspecto físico, psicológico e social. Para haver essa evolução para o mundo adulto, o adolescente possui comportamentos que ao invés de apresentar crescimento, em um primeiro momento, acredita-se que seja um retrocesso, uma atitude patológica. Porém, é importante entender que isto faz parte do desenvolvimento, o qual Knobel (2011) chamou de síndrome da adolescência normal.

Assim, a adolescente busca sua identidade adulta e para isto precisa-se elaborar a perda do corpo infantil, a perda dos pais da infância e a perda da identidade e do papel sociofamiliar infantil. Portanto, nesta fase há a elaboração do luto. Esta é a primeira característica da síndrome da adolescência normal que Knobel (2011) aponta, ou seja, haverá o questionamento de: “Quem sou eu?” e essa resposta só surgirá com a elaboração dos lutos mencionados acima. Assim, nesta etapa da vida o adolescente passará por diversas identidades que podem ser transitórias, ocasionais ou circunstanciais.

Com o intuito de buscar a individualidade, o adolescente se distancia dos pais e busca a dependência dos grupos de amigos. Além disso, demonstra ser questionador e possuir uma atitude reivindicatória nas questões religiosas, sociais e até mesmo familiares. Há uma deslocação temporal podendo prejudicar o seu discurso e o tornando irracional, pois apresenta em sua fala “é tudo ou nada” ou “ainda dá tempo” (KNOBEL, 2011).

Ser adolescente é um momento conturbado, ele acredita que o mundo está contra ele e ao mesmo tempo ele que ter a razão que já conhece este mundo. É a sensação de que ele quer ter voz e ao mesmo tempo não tem. É querer crescer e querer de continuar a ser criança. É querer ter autonomia, ainda sendo dependente dos familiares. Por isso a família tem um papel fundamental, é um período delicado e muito importante para o desenvolvimento do sujeito.

É responsabilidade da família o processo de socialização primária das crianças e dos adolescentes, ou seja, ela é o primeiro vínculo social e a partir do seu desenvolvimento a criança começa a se relacionar com outras instituições/pessoas. Espera-se que o ambiente familiar propicie ações e medidas educativas satisfatórias para que o sujeito consiga conviver em sociedade e que tenha autonomia. A família acaba sendo o modelo de comportamento para o sujeito, por isso que este ambiente precisa ter suas regras claras e objetivas para que o adolescente consiga compreender o seu ambiente mesmo não concordando. A família tem como objetivo colocá-lo na realidade e ajudá-lo a enfrentar o mundo adulto (PRATTA; SANTOS, 2007).

OBJETIVO DO TRABALHO

Verificar os efeitos da desestruturação no relacionamento familiar em distúrbio da socialização na adolescência.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada a partir de um estudo de caso de uma adolescente de 16 anos que cursa a 2ª série do Ensino Médio. O pai tem 45 anos, a madrasta 43 anos e a mãe 44 anos, todos com escolaridade superior. Os pais procuraram a clínica-escola situada em São Paulo (SP), pois relataram dificuldade de ter um diálogo com sua filha; alegaram que a mesma não os escuta e a adolescente também traz esta queixa, a qual acarreta discussões e brigas. Por não estudar, alegam que vai mal na escola, já repetiu e há ameaça de nova repetência escolar. A adolescente realizou 24 sessões de psicoterapia

breve individual e os pais 23 sessões de orientação familiar durante 7 meses. Foram analisados trechos de sessões da adolescente comparado com trechos de sessões dos pais e se estabelece um paralelo entre eles. Foram usados nomes fictícios para respeitar o sigilo dos pacientes. Vale ressaltar que o atendimento da adolescente é concomitante ao atendimento das pais (pai e madrastra) e foram realizados semanalmente na clínica-escola.

APRESENTAÇÃO DO CASO

A adolescente nasceu prematura de 7 meses, com isso permaneceu na UTI durante 45 dias, pois o seu pulmão não se desenvolveu totalmente. Ela nasceu em um momento em que seus pais estavam tentando se separar. Depois de alguns meses seu pai saiu de sua casa e foi morar com sua atual esposa.

A paciente tem três irmãos: um irmão de 20 anos, uma irmã de 18 anos e outra de 12 anos. Os irmãos de 18 e 12 anos são por parte de mãe. Atualmente, sua mãe está em seu terceiro casamento e mora no interior. O seu pai foi adotado quando pequeno e até hoje tem contato com os pais adotivos a quem considera ter maiores laços em relação aos biológicos.

A paciente presenciava muitas brigas entre seus pais na infância. Os seus pais ficaram muito tempo brigando na justiça para ver quem teria sua guarda. Quando a paciente fez 10 anos mais ou menos, ela e seus irmãos decidiram morar definitivamente com o seu pai. Desta forma, foi decidido pelo juiz que a mãe não tinha condições de cuidá-los, ela passa por tratamento psiquiátrico e psicológico, já foi diagnosticada com bipolaridade. A paciente mora com o pai e madrastra há 13 anos.

A paciente relata que era agredida por sua mãe, já havendo casos em que ela correu atrás dela com uma faca querendo matá-la e em outro momento sua mãe tentou dar comida vencida para fazê-los passarem mal e se pudesse matá-los. Apesar de tudo isso, a adolescente diz que ama sua mãe, que gostaria de ajudá-la mais, porém em alguns

momentos fica decepcionada, pois sente que sua mãe não se preocupa com ela. Além disso, a paciente não gosta quando a madrasta fala mal de sua mãe, normalmente, quando isso ocorre as duas se desentendem e brigam.

A paciente realizou cirurgia bariátrica há um ano, a qual fez com ela perdesse 47 kg, relata que fez a cirurgia mais por estética e pelo fato que se pai lhe incomodava dizendo que ela era gorda e feia. Demonstra que sua autoestima melhorou e que seu pai parou de chamá-la de gorda. Atualmente faz academia e toma vitaminas, por causa da cirurgia. Relata que se alimenta pouco, pois se come mais passa mal.

Referente à escola, relata que repetiu a 6ª série e hoje está no 2º ano e tem receio de ficar de recuperação. Parece ter bons relacionamentos com os amigos, relata que se senti melhor com eles, pois acredita que não se sinta julgada com eles, um ponto observado é que ela se dedica muito a eles e que ela precisa colocar sua opinião também.

A paciente diz que tem bom relacionamento com a madrasta mas se queixa de que o pai coloca muito limite e não sente confiança nela. A adolescente acredita que isso tenha aumentado quando ela tinha 13 anos, que foi quando ela fez uma festa em sua casa e levou bebida alcoólica e seu pai descobriu. Ela fala que se sente julgada por eles (pai e madrasta) e que eles não a entendem e a colocam como culpada de todos os problemas. Diz que a madrasta é mais sua amiga pois ela não conta para o pai o que ela faz. Em relação à bebida alcoólica, iniciou com 13 anos e que bebe quando sai com os amigos nos fins de semana mas já chegou a ficar bêbada ou passar mal. Disse que já fumou durante 1 ano e meio e que faz 6 meses que parou, pois começou a se sentir mal, cansada, percebeu que começou a piorar o seu quadro de asma mas só a madrasta sabia.

Durante o processo a paciente começou a namorar um rapaz de 18 anos que conheceu e deseja morar com o mesmo em outro estado.

RELATO DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Durante os primeiros atendimentos foi observado a dificuldade da família em entrar nas questões “problemas”, a primeira impressão é que eles são uma família perfeita e feliz. As questões que envolvem responsabilidades são deslocadas para o outro, como se eles não tivessem nada haver com as questões mais complexa. Vale ressaltar, que a mãe biológica foi chamada mas alega não ter tempo, viaja e não pode comparecer aos atendimentos. Chegou a marcar um encontro mas faltou sem justificativa. Abaixo seguem trechos da sessão dos pais e da adolescente:

a) Sessão dos Pais (Leandro e Regiane)

Terapeuta (1): “Também há essa questão de não ter contado da adoção de seu outro filho...”.

Regiane: “Isso a outra terapeuta já nos disse que vamos ter que conta, mas isso vai depender do quanto ela cutucar a Laura”.

Leandro: Só estamos esperando o momento que você ela (outra terapeuta) sentarem e conversarem e disserem que ela está pronta.

Terapeuta (1): Mas isso nós nunca vamos saber, não podemos saber. É um aspecto que só podemos conversar, não seremos nós as pessoas a falar a respeito.

Leandro: Sim, mas é que precisamos que vocês nos digam a hora melhor para ela...”.

Terapeuta: “Não, é qual a melhor hora para vocês...”

Regiane: “Bem, eu não tenho nada a ver, é coisa deles, pai, mãe e filha. Se ela me perguntar digo que não sei de nada...”

b) Sessão da adolescente

.....Comenta que tem falsificado o seu RG para ir aos bailes e quando a terapeuta a questiona em não aceitar os limites diz.....:

Laura: “Eu descobri que meu pai estava traindo a R., foi horrível - I começa a chorar bastante - Eu vi no celular dele, marcando de sair com a mulher e várias mensagens. E ele falando tudo aquilo para mim de que eu tenho que respeitá-lo. Ele chega em casa 6

horas da manhã, bêbado, trai a Regiane. E tem coragem de falar o que eu tenho que fazer?! Ele traiu a pessoa que eu mais amo...”.

Terapeuta (2): “Laura, eles são adultos, é uma questão deles, não sua”.

Laura: “Não dá... Como eu não vou me intrometer? O meu pai traiu a A.. Nesse sábado eu tinha ido ao shopping com o meu namorado e no final do dia encontrei com o meu pai e a A. no bar e eu falei que ia guardar o meu óculos de sol no carro, quando eu abri o porta luva, sabe o que tinha? Uma foto do meu pai junto com a outra e umas mensagens na foto. Você acredita? Eu tenho vergonha dele”.

Terapeuta (2): “ Nós estamos aqui para falar sobre as suas questões ou do seu pai?”.

Laura: “(...) As minhas...” - Regala o olho.

Terapeuta (2): “Então, eu estou aqui para falar sobre os seus comportamentos, não do seu pai e da Regiane. Eu vejo que você está justificando o seu comportamento em cima do seu pai. Por exemplo, você vai à balada, chega tarde e bebe, porque seu pai também faz isso”.

Os pais não colocam limites em sua filha, além de terem dificuldade de olhar para essas questões, com isso é observado que Laura apresenta um comportamento impulsivo e um distúrbio de socialização como é observado no trecho abaixo:

a) Sessão dos Pais (pai e madrasta)

Terapeuta (1): “Vocês trouxeram no final da ultima reunião a questão da falsificação do RG...”.

Leandro: “Ah mas isso é coisa da idade...”.

Regiane: “Os irmãos dela fizeram isso, por que ela não pode?”.

Terapeuta (1): “E o que ela faz com isso? Com o RG?”.

Regiane: “Vai em balada...”.

Leandro: “Sai...”.

Terapeuta (1): “E o que tem lá?”.

Regiane: “Gente, música, bebida...”.

Leandro: “Eu sempre falei pra eles sobre drogas, que o problema não é experimentar, mas gostar. Se eu viciiei eles em algo, foi em esportes. Sempre foi o único vício. Eles viram o pai fumante e aquele cheiro insuportável e viram que eu consegui parar, então, quer dizer, talvez eu tenha conseguido ser exemplo pra eles”.

Terapeuta (1): “Então, mas isso não é adequado pra idade dela”.

Regiane: “Mas a Laura não gosta de bebida alcoólica”.

Leandro:....Agora ela quer ir morar com o namorado em outro estado... não dá, tento convencê-la mas ela não aceita.....

Regiane: Ah! Ela é adolescente, também conversei com ela.....mostrei o quanto é difícil a vida....mas ela está relutante.....

Leandro: “Brigamos pois ela quer que eu autorize e fiquei convencendo das dificuldades.....”

Terapeuta: “ Dífícl dizer não, não é?”

Regiane:” Eu não posso dizer não pois não é minha filha...”

Terapeuta: “Mas você não está lá nesta função?”

Leandro: “Mas é difícil convencê-la...”

Terapeuta: “Mas qual é a sua opinião? Ou melhor, você vai ficar tentando convencê-la...”

Regiane: “É ela já ligou para a mãe do namorado, disse que já falou com a mãe me já está tudo combinado....”

Leandro: “Depois ela briga quando eu falo. Disse-me que a mãe paga as passagens.

Terapeuta: “Mas você já disse que ela não vai?”

Leandro: “Assim não, não disse com todas as letras....quero conversar mais.”

b) Sessão da adolescente

Terapeuta (2): “(...) outra coisa que eu queria falar é que eu vi que o assunto do álcool e do sexo surgiu em alguns momentos aqui, mas você não falou muito bem sobre eles. Deve ser difícil você falar desses assuntos, mas queria deixar claro que aqui é o seu espaço e você pode falar e que tudo se manterá em sigilo”.

Laura: “Mas eu nem estou bebendo mais, nem to indo mais para a balada assim, só quando é festa de alguma amiga”.

Terapeuta (2): “E como está o sexo?”.

Laura: “Normal...”.

Terapeuta (2): “Normal como?”.

Laura: “Normal”.

Terapeuta (2): “Vocês estão usando camisinha?”.

Laura: “Às vezes sim, às vezes não. Mas eu tomo pílula”.

Terapeuta (2): “Mas a pílula não é 100% eficaz, você tem chance de ficar grávida”.

Laura: “Mas eu não estou”.

Terapeuta (2): “Mas tem chance...”.

Laura: “Bem, se eu ficasse grávida seria bom, porque meu pai pega e me deixa sair de casa”.

Terapeuta (2): “Nossa, mas você acha a gravidez a melhor solução?”.

Laura: “Não sei, mas é uma solução”.

Terapeuta (2): “Mas tem outras possibilidades sem ficar grávida”.

Laura: “Mas hoje é a única possibilidade que eu vejo”. ...

Laura: “Ah! O ano que vem vou morar na casa de meu namorado, já decidi, não quero mais ficar em casa, minha mãe (biológica) já deixou e ela até me leva lá e me paga as passagens....não vou passar de ano mesmo.....”

Verifica-se nestes trechos que os adultos, cada qual fala de seu lugar, sem combinarem ou pactuarem medidas educativas: O pai resolve convencer a filha; a madrasta não quer que adolescente fique ‘brava’ com ela e também não coloca limites; a mãe biológica, sem conversar com o pai toma decisões com a adolescente. Todos parecem querer ser ‘bonzinhos com a adolescente’ evitando o conflito ‘o não’.

A comunicação é falha justamente por falta de compreensão de seus papéis e da paciente ter como modelo estes pais, que menosprezam as regras e com o objetivo de não entrar em conflito, eles fingem que não notam os comportamentos ou justificam o comportamento da adolescente, clocando, sem se dar conta em risco a integridade da mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dos atendimentos foi auxiliá-los a compreender os seus papéis e responsabilidades, demonstrou-se que o limite é importante para o desenvolvimento, pois a adolescente demonstra grande dificuldade de se responsabilizar pelos seus atos e continua tendo o comportamento de uma criança, que espera limite ou cuidados. Ela quer ser adulta, sem vivenciar o ser adolescente, logo, também é difícil este momento e o ambiente deveria ajudar a construir essa autonomia mas os pais, ou por negligência ou

por conflitos pessoais ou mesmo, por sentimentos de culpa, não conseguem colocar os limites necessários à construção de modelos internos de cuidados e sem se dar conta estimulam a adolescente a agir impulsivamente e reagir agressivamente. Desta forma, pode-se observar que o distúrbio de socialização se intensifica com a desestruturação familiar na medida em que os limites não ficam claros e o processo educacional é frágil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes**: teoria, técnica e casos clínicos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KNOBEL, M. Visão Psicológica da Adolescência Normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. **Família e adolescência**: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, Maringá, 2007, vol.12, n.2, pp. 247-256.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO DA LITERATURA¹⁰³

Antonio Augusto Pinto Junior¹⁰⁴;

Samantha Machado da Silva¹⁰⁵;

Greicy Karla Teles Pereira Moreira¹⁰⁶;

Karen Aparecida Torres de Souza¹⁰⁷;

Fernanda Aline de Souza¹⁰⁸.

Resumo

O trabalho descreve os resultados de um estudo que procurou mapear o estado da arte das pesquisas na área Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA). Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico em bases documentais eletrônicas disponíveis em três idiomas: português, inglês espanhol, cobrindo o período de 2008 a 2012. Por meio de uma análise temática de todos os textos selecionados buscou-se traçar o perfil da atual produção bibliográfica no campo da VDCA. Como resultados, foram encontrados 906 trabalhos publicados em periódicos científicos, em vários países. A análise dos dados também apontou que há uma maior produção bibliográfica na área

¹⁰³ Projeto de Pesquisa contemplado com fomento da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação Proppi/UFF e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. Processo n.: E-26/100.655/2013.

¹⁰⁴ Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense – UFF – Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda

¹⁰⁵ Aluna de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense; bolsista de Iniciação Científica junto à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (Proppi)/UFF.

¹⁰⁶ Aluna de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense; bolsista de Iniciação Científica junto à Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. Matrícula: 2012.6140.9

¹⁰⁷ Aluna de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense.

¹⁰⁸ Aluna de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense; bolsista de Iniciação Científica junto à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (Proppi)/UFF.

pertencente à vertente anglo-saxônica e verificou-se uma relativa constância de produção bibliográfica no decorrer dos últimos anos, com um ligeiro declínio no ano de 2012. O interesse pela temática da VDCA se inscreve nas diferentes áreas do saber, porém, verificou-se um maior predomínio de artigos que abordam diferentes modalidades de VDCA, sem delimitar ou focar uma única modalidade, com ênfase nos estudos epidemiológicos sobre a VDCA, em detrimento das pesquisas de intervenção e prevenção deste fenômeno. Da mesma forma, constatou-se que as modalidades de VDCA, como violência psicológica, negligência e violência fatal são pouco discutidas pelos artigos na área.

Palavras-chaves: Violência doméstica; Crianças e adolescentes; Pesquisa bibliográfica.

Introdução

Atualmente, a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente (VDCA) vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social e de saúde pública, que vem preocupando pesquisadores e a sociedade como um todo, em função dos altos índices de incidência na população mundial, aliados às graves sequelas e transtornos desenvolvidos pelas vítimas.

Estudos sobre a temática comprovam que esse tipo de experiência aumenta consideravelmente o risco de consequências adversas no desenvolvimento psicossocial das vítimas. Dentre tais consequências adversas (a curto, médio e longo prazo) citadas por diferentes pesquisas, destacam-se: distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono, dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão na vida adulta, perdas significativas e persistentes na saúde relacionados com qualidade de vida na idade adulta, além de sintomas de estresse pós-traumático e de desordens do tipo neurótica ou psicótica (ANNERBÄCK; SAHLQVIST; SVEDIN; WINGREN; GUSTAFSSON, 2012; GAL; LEVAV; GROSS, 2011; GREENFIELD; LEE; FRIEDMAN; SPRINGER, 2011; ARNOW; BLASEY; HUNKELER; LEE; HAYWARD, 2011; HUANG; MOSSIGE, 2012; CORSO; EDWARDS; FANG; MERCY, 2008).

Pereira, Santos e Williams (2009) também assinalam que além da violência doméstica direta e indireta, crianças geralmente estão expostas a outros fatores de risco, tais como, pobreza, baixa escolaridade materna e uso de álcool e/ou droga por familiares, revelando que esse fenômeno se inscreve em uma problemática social e política mais abrangente.

Em função do exposto, pode-se afirmar que é necessário o desenvolvimento de ações, visando à construção de políticas de intervenção, prevenção e combate da VDCA, em escala nacional e mundial.

Contudo, para que se possa fazer frente a esse problema, torna-se fundamental conhecer as peculiaridades da VDCA, incluindo as características dos atores sociais envolvidos, os fatores predisponentes, a sócio dinâmica familiar e da violência cometida para que seja possível o delineamento das ações de prevenção e dos serviços de atendimento e de assistência.

Assim, considerando a necessidade de conhecer as diferentes facetas da VDCA, suas consequências e formas de assistência e proteção eficazes para o enfrentamento desse grave problema social, o presente trabalho descreve os resultados de um projeto de pesquisa que procurou mapear o estado da arte das pesquisas nessa área do conhecimento.

Métodos

Para o desenvolvimento desse estudo foi realizado um levantamento bibliográfico em bases documentais eletrônicas disponíveis em três idiomas: português, inglês espanhol, cobrindo o período de 2008 a 2012.

Primeiramente, foi elaborada uma relação dos descritores que contemplem a especificidade do projeto, tais como: violência doméstica; child abuse; domestic violence; malos tratos, epidemiologia, epidemiology, estratégias de proteção; protection strategies; estrategias de proteccíón; tratamento; Treatment, etc. Da mesma forma, foram definidas as bases de dados a serem utilizadas para o levantamento bibliográfico: Psycinfo; Bireme; Lilacs; Eric; Periódicos – CAPES; Web of Science.

A seguir foi realizada a sistematização do levantamento bibliográfico, a partir de seis momentos distintos, porém, complementares, a saber: 1) busca de artigos na base de dados; 2) formatação da lista de artigos em planilha; 3) seleção dos artigos; 4) eleição das publicações mais pertinentes à pesquisa; 5) elaboração de gráficos analíticos sobre o processo de buscas, e finalmente, 6) a análise pormenorizada dessa produção.

Para a análise da produção bibliográfica selecionada foram determinadas as seguintes categorias: 1) idioma dos artigos; 2) ano de publicação; 3) área de conhecimento do periódico em que o artigo foi publicado; 4) Tipo de violência discutida no artigo; 5) foco do artigo: epidemiologia, intervenção ou prevenção da VDCA.

Resultados

Foram encontrados 906 trabalhos científicos publicados em periódicos científicos nas áreas de educação, saúde, justiça e assistência social, em vários países. A tabela 1 sintetiza os principais resultados da análise desses artigos.

Tabela1 - Resultados da análise dos artigos selecionados de acordo com as categorias

CATEGORIAS DE ANÁLISE	N	%
Idioma		
Inglês	754	83
Português	105	12
Espanhol	47	05
Total	906	100
Ano		

**XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA
SOCIAL- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
22 DE NOVEMBRO DE 2013**

2008	216	24
2009	188	21
2010	159	17
2011	224	25
2012	119	13
Total	906	100
Área		
Interdisciplinar	397	44
Medicina	238	26
Psicologia	164	18
Saúde Pública	89	10
Jurídica/Policial	18	02
Total	906	100
Tipo de violência		
Mult. Viol	442	49
VS	284	31
VF	123	14
VP	26	03
Negl	18	02
V. Fatal	13	01
Total	906	100

Foco

Epidemiologia	662	73
Tratamento/Intervenção	155	17
Prevenção	89	10
Total	906	100

Primeiramente, ao analisar o idioma de publicação dos artigos científicos verificou-se que 754 são de língua inglesa, 105 de língua Portuguesa (artigos publicados no Brasil) e 47 de língua espanhola. Embora os trabalhos selecionados em sua maioria pertençam à vertente anglo-saxônica, amplamente reconhecida como de maior tradição na área da pesquisa científica, inclusive no campo das Ciências Humanas, Sociais e de Saúde, parece começar a surgir em nosso meio uma preocupação com o problema da vitimização infantil, o que se confirma com os 105 artigos na língua portuguesa.

Na análise da distribuição dos artigos científicos na área, visualiza-se que no ano de 2008 foram encontrados 216 artigos, no ano de 2009 188 artigos, em 2010 159 artigos, em 2011 224 artigos e no ano de 2012 foram identificados 119 artigos. Esses dados sugerem certa constância na produção de estudos e pesquisas na área ao longo dos últimos anos. Contudo, percebe-se que o ano de 2012 apresenta um decréscimo significativo na publicação de artigos científicos, que corresponde a apenas 13% da amostra, e que pode sugerir a diminuição do interesse ao tema da VDCA, mais recentemente. Esse dado é preocupante, pois, apesar da vasta publicação nos últimos anos, muito há de se pesquisar e estudar sobre esse fenômeno, principalmente no campo da intervenção e prevenção.

Na categoria área do conhecimento das revistas em que os artigos sobre VDCA foram publicados, despontam a área Interdisciplinar, com 397 artigos, perfazendo 44% do total. Em seguida, na área da Medicina (principalmente Psiquiatria e Neurologia) foram encontradas 238 artigos, 26%. As revistas da área da Psicologia publicaram 164 artigos, 18%. Na área da Saúde Pública foram encontrados 89 artigos, representando 10% do total e finalmente, na área Jurídica/Policial foram encontrados 18 artigos, perfazendo 02% de todos os artigos selecionados. Esses dados sugerem que apesar de ser um problema de saúde pública, a VDCA deve ser entendida como um fenômeno que exige, para a sua compreensão, intervenção e pesquisa, o diálogo e a interface de vários saberes, devido à sua complexidade e os diferentes fatores implicados na sua re(produção).

Na análise dos tipos de violência que foram objeto de estudo dos artigos selecionados, essa aponta que a maioria deles, 49%, abordou o fenômeno da VDCA de forma geral, sem se ater ou focar uma determinada modalidade de violência. Os artigos que trataram sobre a violência sexual representaram 31%, aqueles que versaram sobre a Violência Física, 14%, Violência Psicológica, 03%, Negligência, 02% e Violência Fatal, 01%. De forma geral, esses dados mostram que, ainda, que os pesquisadores elegem as modalidades de VDCA que acreditam causar um maior impacto no desenvolvimento sócio psicológico das vítimas, ou que deixam marcas e sinais mais fáceis de identificação. E, por outro lado, ignoram tipos de violência que também são perniciosos para a saúde mental de crianças e adolescentes, como a violência psicológica e a negligência. Também foram identificados poucos estudos sobre a violência doméstica que leva a criança a óbito. Considerando que em muitos casos a vítima de violência doméstica sofre muitas sequelas que podem leva-la a morte, os estudos abordando a Violência Fatal deveriam ser mais estimulados para compreender sua epidemiologia e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Na análise do foco de interesse desses artigos, verificou-se que a maioria deles tem como objetivo o estudo epidemiológico, representando 73% da amostra. Em seguida, sobre o tratamento ou intervenção foram encontrados 155 artigos (17%). No campo da prevenção, foram identificados 89 artigos, que representam apenas 10% dos artigos selecionados. Esses dados vêm corroborar o que Azevedo e Guerra (2011) assinalam, ou

seja, que embora haja, hoje, um consenso de que é necessário se investir em pesquisas, estudos e projetos de prevenção da VDCA, principalmente no nível primário, esse fenômeno, ainda, é um tema esquecido e “menorizado” na literatura científica, necessitando, assim, de maior atenção dos pesquisadores de diferentes campos do saber.

Considerações finais

A partir dos dados aqui apresentados, podem ser feitas algumas considerações acerca da produção bibliográfica atual na área da VDCA. Primeiramente, nota-se que maior produção bibliográfica pertence à vertente anglo-saxônica, e que no Brasil e na América Latina como um todo, tal fenômeno ainda é alvo de poucos estudos científicos. Verifica-se também que o interesse pela temática da VDCA se inscreve nas diferentes áreas do saber, confirmando a necessidade da interdisciplinaridade no trato dessa questão, mas com maior predomínio de artigos que abordam diferentes modalidades de VDCA, sem delimitar ou focar uma única modalidade.

O estudo, ainda, mostra que modalidades, como violência psicológica, negligência e violência fatal são pouco discutidas pelos artigos na área. Considerando as graves consequências que esses tipos de violência acarretam às vítimas, eles deveriam ser objeto de mais estudos e pesquisas tanto em termos epidemiológicos quanto de intervenção e/ou prevenção.

Outra constatação importante desse levantamento bibliográfico é de há uma ênfase nos estudos epidemiológicos sobre a VDCA, em detrimento das pesquisas de intervenção e prevenção deste fenômeno. Esse dado é preocupante, pois devido às diversas e graves consequências da vivência de vitimização doméstica na infância e adolescência, as pesquisas devem ser desenvolvidas, procurando, além do conhecimento de suas várias facetas, investigar, principalmente, formas de intervenção e de prevenção eficazes, para assegurar uma melhor qualidade de vida aos jovens de nosso país.

Referências

- ANNERBACK, E.M.; SAHLQVIST, L.; SVEDIN, C.G.; WINGREN, G.; GUSTAFSSON, P.A. Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden- Associations with health and risk behaviors. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, n. 7-8, p. 585-95, 2012.
- ARNOW, B. A.; BLASEY, C. M.; HUNKELER, E.M.; LEE, J.; HAYWARD, C. Does Gender moderate the relationship between childhood maltreatment and adult depression? **Child Maltreatment**, v. 16, n. 3, p. 175-183, 2011.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Violência doméstica na infância e na adolescência: uma nova cultura de prevenção**. São Paulo: Plêiade/FAPESP, 2011.
- CORSO, P.S.; EDWARDS, V.J.; FANG, X.; MERCY, J.A. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 6, p. 1094–1100, 2008.
- GAL, G.; LEVAV, I.; GROSS, R. Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: results from the Israel-based World Mental Health Survey. **The Journal of Nervous e Mental Disease**, v. 199, n. 4, p. 222-229, 2011.
- GREENFIELD, E.A.; LEE, C.; FRIEDMAN, E.L; SPRINGER, K.W. Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: evidence from a U.S. national study. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 42, n. 2, p. 245-256, 2011.
- HUANG, L.;MOSSIGE, S. Academic achievement in norwegian secondary schools: the impact of violence during childhood. **Social Psychology of Education**, v. 15, n. 2, p. 147-160, 2012.
- PEREIRA, P.C.; SANTOS, A.B.; WILLIAMS, L.C.A. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 19-28, 2009.

RELATOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM ENTREVISTAS DE ANAMNESE INFANTIL

Rosa Maria Lopes Affonso¹⁰⁹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo¹¹⁰

RESUMO

Pela experiência clínica, vimso observando que pais ainda utilizam práticas educativas agressivas com crianças trazendo como consequências vários distúrbios infantis na clínica psicológica. O objetivo dessa pesquisa foi verificar a presença destas práticas agressivas fora de contextos jurídicos, em atendimentos clínicos infantis, investigando a relação com os sintomas das crianças apresentados pelos pais. Para tal foram analisados 197 prontuários de entrevistas de anamneses realizadas com os pais de crianças de 2 a 13 anos atendidas no Processo Psicodiagnóstico em uma Clínica-Escola Universitária. Para a análise das entrevistas, primeiramente, foram classificadas os tipos de violência doméstica verbalizadas pelos pais segundo: física; psicológica; sexual; abandono e negligência; urbana. Após isso, foram estabelecidos relações com alguns sintomas. Verificou-se que dos 197 prontuários analisados: apenas em 86 os pais não mencionam a prática de violência doméstica; 72 são mencionados a prática de violência psicológica; 11 violência física; 18 violência urbana; 8 com negligência e abandono e 2 com violência sexual. Não foi possível estabelecer relações dos tipos de violência doméstica com os tipos de sintomas, embora nos casos de violência urbana parece haver uma diminuição do processo cognitivo da representação das vivências na criança, ou seja, é aquela criança que fala ou expressa pouco. No entanto, chamou muito a atenção a grande quantidade de casos clínicos em que os próprios pais mencionam que utilizam práticas 'educativas' violentas. Verificou-se com a pesquisa a importância de

¹⁰⁹ *rosapsiaffonso@yahoo.com.br*

¹¹⁰ Profesora associada do IPUSP Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social-APOIAR

maior investigação na anamnese infantil sobre a educação das crianças visando intervenções preventivas sobre a violência no ambiente familiar.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra crianças e adolescentes tem sido um tema muito discutido na atualidade. Segundo os autores Ferrari e Vecina (2002), três entre dez crianças de zero e doze anos sofrem, diariamente, algum tipo de maus-tratos dentro da própria casa, praticados por pais, padrastos ou parentes. A violência pode ser explícita ou velada verificadas nos casos em que os próprios pais ou responsáveis entendem como uma prática educativa ou nos casos envolvendo o segredo familiar.

Comumente, a violência doméstica é um ato praticado dentro de casa onde o adulto exerce o seu papel de poder sobre a criança ou adolescente, tolhendo a sua capacidade de reação ou defesa. Azevedo; Guerra (1998, p. 177) observam que tais atos ora são utilizados sob a égide de um poder e de dever de proteção do adulto ou segundo uma visão de coisificação da infância.

Azevedo(1998) trouxe definições dos vários tipos de modalidades agressivas praticadas pelos adultos tais como: violência física; violência sexual; violência psicológica; negligência ou abandono e violência fatal. Tais classificações tem um caráter didático mas ao mesmo tempo servem para cacterizar os casos que são notificados ou que envolvem os processos jurídicos nas varas de família. Na clínica psicológica tais definições e classificações colaboram na identificação e no diagnóstico das representações infantis, expressas seja nos testes, desenhos, material lúdicos ou mesmo nas verbalizações dos atendimentos.

No Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social- APOIAR este tema tem sido pesquisado por vários pesquisadores sob a orientação da Profa. Dra. Leila Salomão de la Plata CuryTardivo (2005, 2004, 2006, 2007, 2008, 2010, 2012) entendendo a violência intrafamiliar como um padrão de relacionamento abusivo dos responsáveis, pai, mãe e filho, que leva ao desencontro, à estereotipia ou à desestruturação no desempenho dos

papéis familiares que, por sua vez devem receber tratamento psicoterapêutico. Essas ações agressivas produzem desconfortos, sofrimentos e sintomas que devem ser tratados na medida que envolve, no mínimo, a perda da autonomia, por parte da vítima e o exercício de descontrole e de perversidade, por parte do agressor.

Crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos vivem um drama que afeta seu desenvolvimento tanto físico quanto emocional, o que pode gerar indivíduos com graves dificuldades de vinculação. Há inúmeros pesquisadores que apontam para as consequências da vitimização doméstica associando os vários sintomas apresentados dos clientes com seus efeitos físicos, comportamentais, emocionais, sexuais e sociais (Guerricaechevarría, apud Tardivo, p.25, 2010).

A grande questão que se coloca é a necessidade de intervenção clínica anterior aos sintomas ou mesmo, atuações preventivas anterior às notificações, na medida que, por pressuposto, os casos na clínica estão em busca de auxílio. Por sua vez, o clínico deve estar preparado em detectar nas diversas demandas do cliente, o potencial associados à agressividade familiar, muitas vezes, traduzida em sintomas, tais como: dificuldades escolares, de relacionamento social, distúrbios psicossomáticos, entre outros.

A presente pesquisa aponta para a importância da ampliação desse olhar aos sintomas das crianças que procuram a clínica psicológica, não apenas com a expectativa de diagnóstico mas, principalmente, visando a intervenção e prevenção sobre a saúde psíquica e preocupações sobre o desenvolvimento emocional e comportamental dos indivíduos. Vale ressaltar que o fenômeno da agressividade social vem aumentando e as pesquisas (Buckley; Whelan, 2008) apontam para a influência do ciclo transgeracional da violência doméstica.

Crianças e adolescentes, como vem sendo apontado pelas diferentes por autores de diferentes áreas teóricas, precisam de cuidados educacionais, uma vez que se encontram em construção de sua personalidade. No entanto, o que se verifica é que muitas vezes são vítimas das mais variadas formas de violência: surras, queimaduras, ameaças, menosprezos, até abusados sexualmente, entre outras coisas. A função da família é formar a personalidade de seus filhos e contribuem para a socialização primária

das crianças, portanto é família quem faz a transmissão de hábitos, costumes, idéias, valores e padrões de comportamento. Dessa maneira, a família é uma atuação muito importante como matriz no desenvolvimento psicológico das crianças, bem como seu primeiro passo para a vida social.

Os autores Grossi e Bordin (1996), afirmam que o ser humano não nasce agressivo e sim a sociedade é que os torna agressivos. Sujeitos que não conseguem se distanciar de situações que causam sofrimento, muitas vezes encontram a “saída” tornando-se violentos. Em cada ato agressivo do ser humano, pode-se constatar alguma ferida na sua autoestima, portanto, devemos estar atentos aos cuidados clínicos tanto das crianças quanto dos pais ou familiares que, mesmo em nome do exercício educativo, utilizam tal prática.

A capacidade de representação de tais vivências é uma das condições para o encaminhamento psicoterapêutico. Essa capacidade de representação (Affonso, 2011) corresponde à estrutura do funcionamento mental que por sua vez é avaliada em diferentes modalidades pelo clínico, seja através de desenhos ou testes projetivos (Tardivo, 2012), seja através da técnica lúdica. A presente pesquisa visa contribuir aos trabalhos de Guerricaecheverria (apud Tardivo, 2010) e Bouchard (2008) pesquisados por Tardivo há anos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo. Esses trabalhos apontam para a necessidade de intervenções diagnósticas (Tardivo, 2010) ao mesmo tempo que sugerem atendimentos clínicos. O presente estudo visa contribuir para a serem realizadas investigações com pais sem estas queixas e ao mesmo tempo aponta para a influência desses atos violentos praticados pela família no funcionamento mental das crianças educadas com tais ações.

Objetivo

O objetivo dessa pesquisa foi verificar a presença destas práticas agressivas fora de contextos jurídicos, em atendimentos clínicos infantis, investigando a relação com a

capacidade representativa das crianças e a violência apresentados verbalmente pelos pais.

Metodo

Foram analisados 197 prontuários de entrevistas de anamneses realizadas com os pais de crianças de 2 a 13 anos atendidas no Processo Psicodiagnóstico em uma Clínica-Escola Universitária nos últimos dez anos. Para a análise das entrevistas, primeiramente, foram classificadas os tipos de violência doméstica *verbalizadas* pelos pais segundo: violência física; psicológica; sexual; abandono e negligência e violência urbana. Todos os prontuários foram analisados, portanto, a classificação da violência foi realizada nos casos mencionados pelos pais. Portanto, é possível que tais práticas tenham sido omitidas nos casos em que não encontramos a informação, mas não consideramos tais casos.

Foram considerados violência doméstica práticas agressivas de familiares com mais de três meses de frequência contra a criança. Comportamentos eventuais de agressividade dos pais com a criança não foram considerados. Para a classificação do tipo de violência foi utilizada as definições de Azevedo (1988) e introduzimos o conceito de violência urbana que são casos cada vez mais frequentes na clínica onde as famílias procuram ou são encaminhadas devido a terem vivenciado perdas por homicídio e latrocínio. A inserção deste tipo de classificação também foi em função da constatação nos atendimentos clínicos de histórico de violência familiar (Pereira, 2004) onde, embora procurem ajuda na condição de vítima, o modelo violento tem características específicas. (Affonso, 2000)

Na análise também foi considerada a possibilidade de elaboração afetiva dos casos atendidos a partir da análise da representação (Affonso, 2011). Verificamos tais dados na medida que entendemos que para o clínico é importante saber a condição de elaboração emocional destas agressões, inclusive verificando a possibilidade de encaminhar para psicoterapias onde o pressuposto da integridade da estrutura da representação é fundamental. Entende-se por representação a capacidade de dramatizar, verbalizar,

desenhar, falar ou interagir ludicamente expressando os seus conflitos, suas angústias ou dificuldades afetivo-relacionais.

CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA FÍSICA

A violência doméstica física é a mais comum, que envolve agressões diretas contra pessoas da família, envolve o uso da força com o objetivo de ferir o agredido, deixando ou não marcas em evidências; são maus tratos corporais. O uso mais comum desse tipo de agressão são murros, tapas ou bofetadas, empurrões, objetos e queimadura propositais por objetos ou líquidos quentes.

Os autores Maldonado e Willians (2005) afirmam que muitos pais utilizam a punição física como forma de educar seus filhos, proporcionando assim uma forma errada de mostrar como se solucionam os problemas, podendo levar seus filhos a terem comportamentos agressivos futuramente, espelhado em seus atos.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos que tenham uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter estimulação sexual sobre a sua pessoa ou a de outra (Azevedo, 1998^a, p.177)

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência doméstica psicológica envolve agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima; há também os atos silenciados, como a manipulação e a exploração. Ela é também designada como tortura psicológica, que ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando assim, formas de sofrimento psicológico. As autoras Azevedo e Guerra (1998^a, p. 177) afirmam que esse tipo de violência envolve agressões decorrentes de palavras, gestos e olhares a vítima dirigida, sem contato físico necessário; a tortura psicológica também se encaixa aqui, nela os pais ou responsável menosprezam a criança, trazendo a ela bloqueio de seus esforços

e de sua auto-aceitação, lhe causando grande sofrimento psíquico. Segundo as autoras, abuso e maus tratos emocionais ou psicológicos, também são um tipo de violência psicológica; na qual a primeira se refere a quando os pais ou responsáveis danificam de forma emocional a auto-estima e a auto-afirmação de seus filhos, enquanto a segunda envolve *condutas mais sutis (tipo perversa doçura), mas igualmente danosa à personalidade infantil*.

Schelb (2005), considera abuso psicológico rejeitar, isolar, aterrorizar ou ignorar uma criança ou adolescente; aqui, a questão de “apelidos” dados a crianças e adolescentes também é considerado de suma importância.

Negligência (e abandono)

Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de prover as necessidades físicas, de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos e/ou de supervisionar suas atividades, de modo a prevenir riscos e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle. (Azevedo, 1998, p. 177)

Violência Urbana

Quando a criança vivencia na família perdas violentas caracterizando um quadro de luto violento, comumente associado à latrocínio ou homicídio. A criança é exposta a uma situação, que advém de uma violência urbana, e os adultos não conseguem ajudá-la evitando a expressão, impedindo que saiba os motivos da perda. Esta atitude dos adultos ou está associada à um segredo de violência familiar envolvendo a própria morte do elemento da família ou porque a família entende que a criança não reúne condições de entendimento. Além disso os adultos temem que a criança ou adolescente assumam atitudes de vingar a morte do envolvido. Há também os casos em que a criança presenciou a morte de alguém próximo, ou seja, trata-se de um conceito de vítima indireta. (Affonso, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi montada uma tabela, reunindo, a idade da criança e dos pais, escolaridade, queixas, técnicas utilizadas. Após isso, foram estabelecidos relações com alguns sintomas. Verificou-se que dos 197 prontuários analisados: apenas em 86 os pais não mencionam a prática de violência doméstica; em 72 são mencionados a prática de violência psicológica; em 11 violência física; em 18 violência urbana; em 8 negligência e abandono e em 2 violência sexual. Não foi possível estabelecer relações dos tipos de violência doméstica com os tipos de sintomas, embora nos casos de violência urbana parece haver uma diminuição do processo cognitivo da representação das vivências na criança, ou seja, é aquela criança que fala ou expressa pouco.

No entanto, chamou muito a atenção a grande quantidade de casos clínicos em que os próprios pais mencionam que utilizam práticas 'educativas' violentas, ou seja em 55% dos casos de um total de 197 (vide Tabela 1), verifica-se a prática de agressividade na relação com a criança. Verificou-se com a pesquisa a importância de maior investigação na anamnese infantil sobre a educação das crianças visando intervenções preventivas sobre a violência no ambiente familiar.

Tabela 01: Classificação das entrevistas de anamnese De crianças de 3 a 15 anos atendidos em Clínica- Escola

Casos	Total	Porcentagem
Casos Sem Violência	86	44%
Casos com Viol. Psicológica	72	36%
Casos com Viol. Física	11	5%
Casos com Viol. Urbana	18	8%
Casos com Negligência	8	4%
Casos com Viol. Sexual	2	1%
Total Geral	197	

Verifica-se que os casos de violência sexual são os menos encontrados, embora saibamos que em situações jurídicas podem ser mais denunciados, depois da violência física. Chama também atenção a pouca incidência da verbalização pelos pais de práticas de violência física (5%, Tabela 01), pois o que se sabe que é uma das mais notificadas em conselhos tutelares e órgãos oficiais. Na clínica psicológica o acesso às informações por exemplo, de violência sexual envolve um segredo familiar que muitas vezes não é mencionado no psicodiagnóstico e vale a pena considerar essa diferença. Os casos notificados são aqueles em que o segredo familiar foi rompido na própria notificação, logo a estatística é outra. Por exemplo:

Segundo dados do CRAMI - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (Campinas) tem o seguinte quadro de distribuição da Violência Doméstica contra a criança notificados:

Tabela 02: Porcentagem de violência em crianças atendidas no CRAMI

TIPO DE VIOLÊNCIA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS JANEIRO – AGOSTO 2009	PORCENTAGEM (%)
Violência física	2.025	54,4
Violência psicológica	319	8,5
Negligência	178	4,8
Violência sexual	1201	32,3
Total	3.723	100

Outro aspecto a ser observado é a grande quantidade de casos onde se identifica violência psicológica (Tabela1) em detrimento de outras, por exemplo, a violência física. Acreditamos que tais diferenças em relação ao comumente encontrado nos casos notificados (vide Tabela 02) talvez pelo mesmo motivo, ou seja, os pais tem que admitir diante do clínico a sua prática agressiva. Entendemos que essa diferença deva ser considerada pelo clínico na formulação das perguntas na anamnese, por exemplo, enquanto na anamnese perguntamos sobre como é a educação da criança, talvez a questão deva ser mais direta; ou ainda, devemos mediante estes resultados repensar as entrevistas com os pais ou quem sabe, elaborarmos escalas específicas junto aos pais, pois não podemos desconsiderar que a verbalização espontânea dos pais chega a 54%, mais da metade dos casos atendidos.

Tabela 03 Total de casos atendidos e sua porcentagem com violência doméstica divididos por sexo, escolaridade e problemas na representação

Casos	Total			Escola	Escola	N/C *	Problema na representação
		M	F	Publica	Privada		
Casos com Viol. Psicológica	72	47/42%	25/23%	55/49%	9/8%	8/8%	21 /19%
Casos com Viol. Física	11	7/6%	4/4%	8/7%	1/1%	2/2%	5/4%
Casos com Viol. Urbana	18	13/12%	5/4%	11/10%	2/2%	5/4%	3/3%
Casos com Negligência	8	5/4%	3/3%	3/3%	3/3%	2/2%	4/4%
Casos com Viol. Sexual	2	1/1%	1/1%	2/2%	0/05	0/0%	0/0%
Total Geral	111						33/30%

• N/C Não consta registro

Na Tabela 03 verificamos que há um número bem significativo de incidência de violência doméstica verbalizada pelos pais, mais em meninos do que em meninas. Aliás, é importante registrar que está é uma população específica, o número de meninos que chega à Clínica psicológica é muito maior do que o número de meninas. Isso já foi observado em outras pesquisas (Affonso, 2006). Os meninos são mais encaminhados para tratamentos psicológicos do que as meninas e possivelmente esse dado possa ser devido à maior agitação encontrada em meninos, pode-se mencionar a maior intolerância social ao comportamento expresso pelos mesmos, principalmente nas escolas, já que é destas Instituições que partem o maior número de encaminhamento à clínica psicológica. Esse dado merece ser melhor investigado .

Um outro aspecto diz respeito ao tipo de escola de onde partem os encaminhamento. A maioria da população que frequenta a clínica-escola, é de uma parcela da população sem condições econômicas de arcar com um atendimento psicológico particular ou de convênio. Dessa forma, essa população adve da escola Pública, onde há muita notificação de casos de violência. Por outro lado, sabe-se da presença de violência na população que frequenta escola privada. (Tardivo e Pinto Junior, 2010)

No que diz respeito à capacidade de representação verificamos em 30% dos casos com violência o clínico deve estar atento ao funcionamento mental na medida que a capacidade representativa encontrar-se bem comprometida. Esse dado deve ser considerado em toda a produção da criança: nos testes ,na expressão verbal, lúdica ou livre. Por exemplo: verificamos que muitas dessas crianças não expressam suas vivências, ficam caladas, dão respostas curtas. Essa conduta pode ser interpretada como resistência emocional, repressão, negação, ou seja, como expressão de mecanismos de defesa diante dos traumas. Pode-se , no entanto, considerar que em muitos casos, o funcionamento mental encontra-se afetado e comprometido, logo, a psicoterapia deve considerar esses dados.

Em 2000 apresentamos um trabalho apontando para o fato de que certas crianças filhas de famílias vítimas de latrocínio não só apresentam o comportamento depressivo ou agressivo mas estavam impossibilitadas de elaborar vivências tão traumáticas (Affonso,

2000). É o que também constatamos nestes resultados, portanto, ao clínico compete uma dupla tarefa: além de diagnosticar verificar qual o encaminhamento mais adequado.

O fator que mais complica esse histórico de violência é o fato de que ela engloba representações pessoais e percepções individuais, ou seja, uma vez que a violência se institui no campo familiar, passa muitas vezes a ser vista como uma prática 'natural' pelo ser humano e o encaminhamento mais adequado implica necessariamente a mudança do ambiente permitindo que a criança tenha o acesso às suas representações, pois do contrário a vivência fica inscrita e instaurada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os autores Ferrari e Vecina (2002), as conseqüências de crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica são muitas, podem ser conseqüências a longo ou em curto prazo, dependendo da duração e da freqüência da agressão, do tipo e da gravidade do ato, da reação do ambiente e da idade da pessoa agredida e da que agride (Tardivo e Pinto Junior, 2010). Como conseqüências a curto prazo, pode-se destacar problemas físicos, problemas no desenvolvimento das relações de apego e afeto, alterações no desenvolvimento cognitivo, na linguagem e no rendimento escolar. Já entre as conseqüências a longo prazo, destacam-se seqüelas físicas, pais abusadores mais tarde, conduta delinqüencial, problemas emocionais e conduta criminal violenta.

Conclui-se pela necessidade de os clínicos estarem atentos para a intervenção no ciclo da violência. Ou seja, promover intervenções que possam, de alguma forma, alterar a inscrição da representação violenta nas relações afetivas ao longo do desenvolvimento da criança. E mais ainda quando se detecta a dificuldade da elaboração por falha nestas representações na estrutura do funcionamento mental da criança, considerada em situação peculiar de desenvolvimento.

Referências Bibliográficas

- AFFONSO, R. M. L. Ludodiagnóstico: as noções espaço-temporais e os critérios para elaboração afetiva. In: *V Simpósio Internacional de Epistemologia Genética*. São Paulo: 1998.
- AFFONSO, R. M. L. Atendimento a crianças vitimizadas: A utilização do desenho infantil como instrumento diagnóstico. *Anais do XXVII Congresso Interamericano de Psicologia*. Caracas: p.109 - 109, 1999.
- AFFONSO, R. M. L., MOTA, E. M. T., PEREIRA, A. C. A Construção de um Modelo Clínico de Atendimento Psicológico a famílias vítimas de violência da Cidade de São Paulo. *Psikhê R. Curs. Psicologia UniFMU*. São Paulo: , v.5, n.2, p.26 - 40, 2000.
- AFFONSO, R. M. L. A Dinâmica da Relação Parental e a Psicose Infantil. *Programa do 28º Congresso Interamericano de Psicologia*. Santiago: p.103 - 103, 2001.
- AFFONSO, R. M. L. Psicoterapia breve de famílias vítimas da violência Urbana da cidade de São Paulo. *Programa e Resumo: VII Congresso Paulista de Saúde Pública*. São Paulo: p.177, 2001.
- AFFONSO, R. M. L., MOTA, E. G. A Relação Pais-Filhos: Um Estudo da Dinâmica Familiar. *Psikhê R. Curs. Psicologia UniFMU*. São Paulo: , v.7, n.1, p.48 - 56, 2002.
- AFFONSO, R.L. L. Ludodiagnóstico: análise cognitiva das representações infantis.. São Paulo, Vetor, 2011.
- AFFONSO, R.L. L. Ludodiagnóstico: A investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre, Artmed, 2012..
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; OLIVEIRA, R.V.C. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Ver Panam Salud Publica*. 2004; 16(1):43-51.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V,N,A, Violência Psicológica Doméstica: Vozes da Juventude. Laboratório de estudos da criança. 2001. *Psa/Ipusp*.
- FERRARI, D.C.A.; VECINA, T.C.C.. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Agora, 2002
- GROSSI, E.P.; BORDIN, J. Org. *Paixão de Aprender*. 8 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

- GUERRA, V.N.A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez, 2005
- MALDONADO, D.P.A.; WILLIAMS, L.C.A. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2005. v.10. n.3., p. 353-362.
- MORRISON, A.R.; BIEHL, M.L. A família ameaçada: violência doméstica nas Américas,. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2000.
- PEREIRA, A.C. O genograma como instrumento diagnóstico na transmissão multigeracional da violência em familiares, vítimas de violência na cidade de São Paulo. *Psikhê R. Curs. Psicologia UniFMU*. São Paulo: , v.7, n.2, p.45, 2002.
- SCHELBI, G.Z. Violência e criminalidade infanto-juvenil: intervenções e encaminhamentos. Brasília: Editora do Autor, 2005.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- TARDIVO, L. S.P.C. et al (Org) Caderno de Anais da VIII JORNADA APOIAR PROMOÇÃO DE VIDA E VULNERABILIDADE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:

REFLEXÕES E PROPOSTAS realizada em 3 de novembro de 2010 em São Paulo, SP, Brasil, 2010

TARDIVO, L.S.P.C. IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo, Vetor, 2010.

TARDIVO, L.S.L.P.C. (Org.) Caderno de anais da X jornada APOIAR: Saúde mental e violência: 20 anos o Percurso e o Futuro, realizada em 23 de novembro de 2012 em São Paulo, Brasil, 2012.

**RPG COMO CÓDIGO ENTRE ADOLESCENTES E TERAPEUTAS:
UMA EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ***

Ana Clara Gava Martins¹¹¹

Giovana Telles Jafelice¹¹²

Mariana Matteucci¹¹³

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo¹¹⁴

RESUMO

O presente trabalho relata uma experiência de grupo terapêutico coordenado por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP.

Este grupo, composto por dois adolescentes, vem experimentando principalmente o jogo de RPG, entendido pelas terapeutas como um interessante instrumento mediador da aproximação dos sofrimentos e das vivências do cotidiano destes jovens, usuários de um ambulatório da Universidade. As residentes descrevem como esta atividade proposta pelos garotos, inicialmente inusitada para elas, acabou por se configurar como um código de troca e comunicação entre os adolescentes e as terapeutas, caracterizando o grupo como possibilidade produtora de significações; além de proporcionar uma inversão de papéis, uma vez que os jovens ensinam as terapeutas a jogar.

Pensando na Residência como espaço de ensino, também se constituiu, nesta experiência, uma interlocução entre os diferentes conhecimentos das áreas da Psicologia e da Terapia Ocupacional, contribuindo para a formação de ambas as terapeutas.

* o grupo descrito foi desenvolvido como parte da carga horária prática de atendimentos da Residência Multiprofissional da UNIFESP

¹¹¹ Assistente social residente multiprofissional da UNIFESP

¹¹² Psicóloga residente multiprofissional da UNIFESP

¹¹³ Terapeuta ocupacional residente multiprofissional da UNIFESP

¹¹⁴ Prof.^a Associada junto ao Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR.

Palavras-chave: grupo terapêutico, residência multiprofissional, saúde mental, adolescentes, RPG

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental é uma das especializações *latu sensu* oferecidas pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), de acordo com o regimento do MEC (Ministério da Educação e da Cultura). Como parte de sua carga horária prática, os residentes são divididos em grupos compostos por um profissional de cada área (Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) e se revezam em diferentes serviços da Universidade, atuando tanto em intervenções psicossociais interprofissionais quanto em atividades específicas de cada formação.

Durante o segundo semestre da Residência, as autoras iniciaram sua prática em um ambulatório que atende crianças e adolescentes com transtorno de humor. Neste serviço, a psicóloga e a terapeuta ocupacional passaram a coordenar juntas um grupo de adolescentes, que acontece uma vez por semana. Concomitantemente, a assistente social participa de um grupo de acolhimento e orientação realizado com os familiares destes jovens.

A respeito do trabalho com grupos terapêuticos, Mosey (1970, 1974 *apud* MAXIMINO (1998) apresenta o grupo como uma unidade dinâmica, um agregado de pessoas que compartilha uma proposta apenas atingida com a interação e trabalho conjunto, tendo ideias e comportamentos próximos e algum grau de afeto e confiança.

Para o psicanalista Anzieu (1993), além do que é possível observar, “..o grupo é uma colocação em comum das imagens interiores e das angústias dos participantes. O grupo é um lugar de fomentação de imagens” (p. 21).

Maximino (1995), por sua vez, destaca que o grupo deve ser um ambiente confiável, para que o paciente possa se arriscar e estabelecer relações que façam sentido. Segundo a autora, “o grupo não é preparação de nada, não é laboratório no sentido do faz de conta, é nele mesmo ato real, social, produtivo, atual. Nem simples repetição de um passado, nem *role-playing* que só tem sentido se referido a uma ação futura” (p. 30).

Levando em consideração tais ideias e também as diferentes formações das profissionais, surgiu a proposta de coordenar um grupo terapêutico semanal, a fim de potencializar os projetos terapêuticos, que já vinham sendo articulados pela equipe. Dentre os objetivos deste estão a possibilidade de socialização de seus membros e transformação de seus cotidianos, a construção de um vínculo significativo, a experimentação compartilhada de atividades na relação entre as terapeutas e os adolescentes e a escuta e a elaboração de questões particulares e comuns, muitas vezes relacionadas a seus momentos de vida.

Desde o primeiro momento, foi aparecendo como principal atividade de interesse dos jovens o jogo de RPG (*Role Playing Game*). O RPG, ou “Jogo de Interpretação de Papéis”, é um jogo no qual os participantes criam seus personagens e interagem com outros de forma cooperativa, a fim de alcançar os objetivos colocados pelo narrador. Neste jogo, há diversos sistemas de regras e o escolhido pelos jovens para o grupo foi o sistema *Mighty Blade*. Apesar de este geralmente usar dados para determinar alguns eventos aleatórios da história, o grupo optou, a partir da sugestão de A. e B., por jogar de modo simplificado e apenas verbal, dando mais poder e responsabilidade ao narrador. Além disto, este sistema usa como cenário (tema abordado pela história do jogo) a fantasia medieval, que abre diversas portas para a imaginação dos participantes. Somado a este cenário, também fazem parte das narrativas os personagens, sendo que são os jogadores que escolhem dentre suas raças e classes, pré-definidas pelo sistema *Mighty Blade*. Por fim, há o mestre de jogo, aqui chamado de narrador, responsável por ser uma espécie de juiz das aventuras, deixando os desafios equilibrados para todos.

Pode-se pensar o uso do RPG neste grupo terapêutico a partir de diferentes perspectivas teóricas, conforme descrito na literatura. A respeito da importância do jogo como meio de comunicação e expressão, Affonso (2011) aponta a fundamentação deste nos princípios da associação livre de Freud (1973). Ainda considerando tais ideias, “o faz de conta permite não só a representação de uma realidade angustiante (FREUD, 1920) como também permite a sua elaboração ou mesmo sua confrontação com aquela vivenciada” (AFFONSO, 2011). Esta autora também destaca a possibilidade de entrar em contato com as representações dos conflitos básicos dos sujeitos a partir do jogo.

O RPG também pode ser pensado como um “objeto transicional”, conforme o conceito de Winnicott. Segundo o autor, este termo designa a área intermediária da experiência entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido. Considerado como a primeira possessão de um bebê, o objeto transicional “abre campo ao processo de tornar-se capaz de aceitar diferença e similaridade” (WINNICOTT, 1971, p. 17). Sobre a área intermediária, este diz: “(...) é a área que é concedida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade. Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão” (WINNICOTT, 1971, p. 26). Nesta fase, a figura da mãe é de importância central para que haja a ilusão de que aquilo que o bebê cria realmente existe. Ainda de acordo com o autor:

“Esta área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade externa ou interna (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador” (WINNICOTT, 1971, p. 30).

Ainda pensando na importância do lúdico, Winnicott (1968) destaca que deve acontecer a sobreposição das áreas de brincar do terapeuta e do paciente, buscando sempre que a criança se torne capaz de brincar e confiar no ambiente. Para isto, o terapeuta também precisa ter prazer nesta experiência e a horizontalidade das relações deve ser garantida. A partir do paradigma do “Jogo do Rabisco”, usado por este autor, no qual terapeuta e paciente se comunicam livremente a partir da troca de desenho, o RPG pode ser pensado como um elemento mediador.

Relato da experiência: Narrativas de identificações e diferenças a partir do RPG

O grupo terapêutico, relatado neste trabalho, é composto por duas terapeutas e dois adolescentes, com a possibilidade de entrada de novos integrantes. A equipe pensou em agrupar estes dois jovens pelas dificuldades de se relacionar e sustentar encontros que eles vivenciam em seus cotidianos. Até o momento desta escrita, havia acontecido nove encontros.

A. tem 12 anos. Apresenta alterações de humor desde os 2 anos de idade, com ataques de raiva, agitação e nervosismo. Até os 9 anos, era extrovertido e tinha muitas amizades, além de ter raciocínio rápido e bom desempenho escolar. Em 2009,

desenvolveu sintomas psicóticos (como delírios de grandeza, de referência e persecutórios e alucinações auditivas) e as alterações de humor pioraram, com início de sintomas depressivos (como tristeza e isolamento) e oscilação com irritabilidade intensa e extrema euforia. Recebeu diagnóstico de Transtorno de Afetivo Bipolar (TAB) com sintomas psicóticos. Não frequentou a escola durante 2 anos, e está em processo de retomada dos estudos. Atualmente, refere tristeza constante, com isolamento social e ideias de suicídio, vivenciando também momentos de euforia e irritabilidade. No grupo, diz ter amizade apenas com crianças de idade inferior a dele. Apresenta apresenta autocuidado prejudicado. Não anda na rua e não fica sozinho em casa.

B. tem 13 anos. Apresenta agitação e agressividade intercaladas com momentos de euforia desde os 2 anos de idade. Os pais sempre receberam muitas reclamações do filho no ambiente escolar e B. passou por muitas mudanças de escola. Recebeu diagnóstico de TAB aos 5 anos, com comorbidade de Transtorno de Atenção e Hiperatividade. Atualmente, B. relata intensa dificuldade de fazer e manter amizades e de conviver em grupos. Apresenta-se agitado na realização de atividades de vida diária e de lazer e bastante impulsivo quando frustrado.

As terapeutas perceberam que o RPG, além de ser a principal atividade de lazer dos adolescentes, é um importante elo na relação de ambos, que se dá para além do grupo, em repercussões no dia a dia dos garotos: eles relatam também conversarem e compartilharem jogadas e regras quando não estão juntos. Além disto, para as terapeutas, o uso deste jogo se configurou como um instrumento que possibilitou entrar em contato com o sofrimento dos garotos, bem como aproximar-se de seus sentimentos e dificuldades do dia a dia. A partir desta experiência, foi possível um maior entendimento das formas de se relacionar de ambos, seus desejos, fantasias, conflitos e vivências cotidianas, muitas vezes dificilmente verbalizadas.

Por meio das narrativas, os adolescentes puderam falar de suas dificuldades em viver no mundo real e a tentativa de transpor seu cotidiano para o virtual, o que, por vezes, é visto por eles como vício, mas também como a única possibilidade de exploração de suas potências e criatividade, de reconhecimento e de pertencimento a um grupo social.

Apesar de se identificarem nestas questões, o espaço do grupo também permite que ambos vivenciem suas diferenças. A. se apresenta, já em seu discurso, como impotente e inferior, relatando sofrimento por ter dificuldade em sua vida fora dos jogos virtuais. Ele conta ter ficado afastado da escola por cerca de dois anos, o que faz com que se sinta ainda mais diminuído, passando o dia em casa no computador. Quando lembra de seus tempos no colégio, relata ter sido ridicularizado e estigmatizado pelos colegas. B., por sua vez, assume que isto também aconteceu com ele, no entanto, diz revidar com agressões físicas ou não se incomodar. Chama atenção como ambos podem se identificar e se diferenciar nesta situação, tão comum em suas fases de vida de adolescência. B., embora não verbalize, mostra através de seus personagens e histórias criadas no jogo o quanto também se sente impotente: quando tem o papel de narrador, toma decisões que acabam por ferir ou enfraquecer os outros personagens que, com poucas opções para escapar, se rendem a seu poder maior de criador e dono da história.

Em cada encontro, ambos disputam o papel de narrador, quando, mais uma vez, as terapeutas podem percebê-los como próximos mas também diferentes entre si. Se ambos gostariam de ter tal poder, B. o usaria para controlar as situações e pessoas, que sempre acabam por estar em desafios praticamente invencíveis. A., por sua vez, quando na figura de mestre da história, procura envolver os membros do grupo em narrações de cooperação e amizade, inclusive lembrando B. que a função do narrador no jogo é a de propor conflitos que possam ser resolvidos, sem aniquilar um dos personagens. Tal situação pode ser pensada, para além do jogo, como os modos que ambos se apresentam em suas relações também na “vida real”. De início, isto pareceu ser um motivo de preocupação para as terapeutas: sem conhecer o jogo, ambas ficaram receosas de que B. usasse desta estratégia como forma de controle do grupo e, especialmente, de A.

No primeiro encontro em que jogaram RPG, a atividade acabou se configurando como possibilidade de interação apenas entre A. e B., que se alternaram na construção da história. As terapeutas ficaram imobilizadas com as narrativas que, somadas ao desconhecimento das regras, as deixavam sem saber como conduzir seus personagens. Nesta situação, as terapeutas se sentiram excluídas, podendo vivenciar contratransferencialmente o que eles vivem no cotidiano. Após uma conversa entre os

membros do grupo, acordaram que seria mais justo iniciar o encontro seguinte com a leitura das regras. Desta maneira, todos poderiam ter um modo comum de jogar e as terapeutas poderiam participar de uma forma mais efetiva das histórias em que estavam envolvidas.

No encontro seguinte, B. se mostrou incomodado com a leitura das regras, por estas ocuparem parte do tempo destinado ao jogo. A., por sua vez, adotou uma postura mais harmoniosa com o combinado do grupo, buscando B. quando este se retirou da sala. Tal movimento de A. pode tranquilizar as terapeutas em sua preocupação inicial de que este não conseguisse se colocar diante de B. Foi possível perceber que aquele grupo era um espaço seguro e confortável para que ambos desenvolvessem suas potencialidades e se posicionassem. Ainda neste sentido, chama atenção como os dois jovens tem um bom relacionamento, podendo, no jogo, alternar entre os papéis de narrador e também compartilhar suas criações. Diversas vezes, constroem as histórias juntos e seus personagens se aliam, seja para agir contra os outros ou para ajudá-los.

Discussão

Apesar de inusitada, a proposta de usar a ferramenta do RPG se configurou como um instrumento de trabalho bastante rico e dinâmico. Através do compartilhamento de histórias e personagens nesta atividade, é possível uma entrada profunda no mundo dos jovens e a abertura para o contato com suas questões. Também é interessante pensar como este jogo favoreceu a criação de um vínculo significativo entre as terapeutas e os adolescentes: é comum eles relatarem estar ansiosos para entrar no grupo quando na sala de espera, além de B. ter contado em um dos encontros que havia pensado o dia todo na história daquela semana.

A este respeito, Safran (2005) escreve sobre como o reconhecimento do outro possibilita a própria existência enquanto ser e como isto está relacionado à função do espelho que, de acordo com Winnicott (1967), é exercida inicialmente pela mãe: “O reflexo especular (Winnicott, 1967) fornecido pelo outro abre a possibilidade de o paciente encontrar a si mesmo e, ao mesmo tempo, ao outro”. (p. 41). A partir de tal reconhecimento pelo outro, o mundo pode ser criado e também conhecido com satisfação. Desta forma, na experiência deste grupo com o RPG, este jogo pode ser

usado como forma de reconhecimento dos garotos e também de vivências do estilo de ser singular de cada um.

Além disto, o uso do RPG, um instrumento desconhecido pelas terapeutas, também se mostrou relevante pela possibilidade de inversão de papéis, uma vez que os adolescentes ensinam o que sabem às terapeutas, que saem de seu suposto lugar de detenção de saber. A partir das novidades relacionadas ao jogo, foi possível uma troca de informações, prevalecendo a simetria e não a assimetria entre os participantes do grupo. Esta alternância de funções e conhecimentos também pode ser pensada como uma possibilidade de empoderamento e de exercício da autonomia por parte dos jovens, a partir da horizontalidade que se estabelece nestas relações.

Por parte das terapeutas, no início do trabalho, este convite a entrar num mundo desconhecido e diferente se desenhava como um desafio: nunca haviam jogado RPG, não dominando as raças e classes dos personagens, nem o cenário. Era difícil para ambas conseguir mergulhar naquelas aventuras fantasiosas sem se perderem ou fugirem do objetivo terapêutico. No entanto, aos poucos, e com ajuda dos jovens, puderam se envolver nas narrativas e participar com A. e B. de suas histórias. Assim, foi sendo construída uma experiência compartilhada entre adolescentes e terapeutas através da atividade do RPG. Ao longo dos encontros, a realização desta atividade foi se configurando como um código de troca e interação entre as terapeutas e os adolescentes, uma possibilidade de linguagem em que todos podiam se comunicar e se aproximar.

Considerando que a Residência Multiprofissional é um espaço de ensino e aperfeiçoamento de profissionais, vale a pena também destacar a importância deste grupo na formação das terapeutas, tanto em uma perspectiva interprofissional, quanto pensando no saber específico das diferentes profissões. Além do contato próximo com jovens usuários de um serviço de saúde mental, ambas as terapeutas tem a oportunidade de coordenar um grupo terapêutico, no qual podem articular e integrar saberes diferentes, configurando uma intervenção psicossocial.

Conclusão

Citando mais uma vez Maximino (1995), pode-se considerar que este grupo, tanto para os jovens quanto para as terapeutas, representa uma potência produtiva,

possibilitando uma produção significativa. Segundo a autora, o grupo vai sendo tecido e se tecendo:

“E neste processo de tecedura do grupo, nesta trama, qual seria o lugar do terapeuta? Às vezes tecelão que tenta dar alguns nós, introduzir outras cores, às vezes um pedaço de fio. O setting sendo o próprio tear, aquilo que suporta, que estrutura a trama, dá as margens. Mas o sentido do terapêutico (o que se deseja) é que se forje a possibilidade destes fios serem desejantes por si mesmos, como numa trama encantada que se faça a si mesma, com combinações inusitadas” (p. 30).

A partir da experiência aqui narrada, tem sido possível pensar que, com a abertura das terapeutas para a atividade de RPG e seu uso como fio condutor dos encontros, este jogo foi se configurando como o tear suportivo, que, dando as margens, abriu possibilidades de os jovens se tornarem sujeitos pertencentes a um grupo com o qual se identificam e os proporciona serem reconhecidos. Por fim, vale a pena citar que, como mais uma combinação inusitada destes encontros, o próximo desafio das terapeutas a ser experimentado no grupo será o de serem as narradoras de uma aventura no cenário da fantasia medieval, que foi apresentado a elas pelos jovens.

Referências Bibliográficas

- AFFONSO, R. M. L. *Ludodiagnóstico: Análise cognitiva das representações infantis*. 1.ed. Vetor, 2011.
- JUNGES, T. Manual Básico Mighty Blade. *Publicações Coisinha Verde*. 2ª edição. Porto Alegre, 2012.
- MAXIMINO, V. S. A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades – ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 9, n. 2, p. 49-54, maio/ago., 1998.
- MAXIMINO, V. S. A constituição de grupos de atividade com pacientes graves. *Revista do CETO*, v. 1, n. 1, p. 27-32, 1995.
- SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. 3.ed. São Paulo: Ideias e Letras, 2005.
- WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1968.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

**A DIFICULDADE COGNITIVA DE UMA ADOLESCENTE COM SÍNDROME
VELOCARDIOFACIAL E A DINÂMICA FAMILIAR**

Rosa Maria Lopes Affonso¹¹⁵

Sansorai de Oliveira Rodrigues Coutinho¹¹⁶

A adolescência é considerada um estágio importante de desenvolvimento do ser humano e a relação familiar tem um papel importante na medida em que ajuda na continência e na educação dos impulsos. O presente trabalho teve como objetivo investigar como o relacionamento familiar inconsciente interfere, e muitas vezes, legítima, o comportamento de incapacidade do adolescente. Para tal, foi apresentado um estudo de caso de uma adolescente de treze anos, na oitava série do Ensino Fundamental de colégio privado, considerada aluna inclusiva, atendida em psicoterapia com orientação dos pais, tendo a mãe 33 anos de idade e o pai 35 anos de idade. Foram selecionados trechos que demonstram a interferência da dinâmica dos pais na educação da adolescente. Verificamos que os pais por suas dificuldades, sem se dar conta, mantêm a incapacidade da adolescente, e ao mesmo tempo se sentem incapazes de estimular a autonomia da filha. Concluiu-se pela necessidade de apoio aos pais da adolescente com diversas dificuldades, uma vez que, pelas relações que se estabelece, os pais evidenciam suas próprias dificuldades.

.

Palavras chave: adolescência; autonomia; parentalidade; estudo de caso.

¹¹⁵ Professora Doutora. Universidade Presbiteriana Mackenzie

¹¹⁶ Graduanda . Universidade Presbiteriana Mackenzie

Introdução

Françoise Dolto em seu livro “A causa dos adolescentes” (2004) distingue a adolescência e sua relação parental da seguinte maneira:

A meu ver, é uma fase de mutação. Ela é tão importante para o adolescente confirmado como o nascimento para o recém-nascido e os quinze primeiros dias de vida. O nascimento é uma mutação que permite a passagem do feto à criança de peito e sua adaptação ao ar e à digestão. O adolescente, por sua vez, atravessa uma fase de mudança sobre a qual ele nada pode dizer e na qual, para os adultos, ele é objeto de questionamento que, dependendo dos pais, é carregado de angústia ou de total indulgência. (p.14),

Veludo e Viana (2012) discutiram esta relação, sob a perspectiva de que a influência das expectativas narcísicas dos pais atua como campo criador da patologia de seus filhos. E consideram que há, nestas sutis imposições, uma violência implícita, no sentido em que impossibilita o adolescente de ser sujeito de sua própria história. Ainda sobre a relação parental, vale ressaltar que será esta configuração que estabelecerá o modo como este sujeito irá compreender e se relacionar o outro. A família e escola são espaços fundamentais à experiência intersubjetiva do adolescente, concernente a seu campo de vivências e de suas relações com o outro, sendo a família o espaço inaugural a esta (AYUB e MACEDO, 2011).

Como exposto por Bastos e Deslandes (2009), a adolescência para os pais com filhos deficientes é um momento a ser ressignificado, no sentido em que, para além da compreensão da limitação e dificuldades enfrentadas pelo filho, este é um espaço marcado pela busca de autonomia e emancipação. E, os pais ou adultos mais próximos ao jovem, podem encontrar dificuldades em propiciar este espaço, quando consideram o filho incapaz de exercer a autonomia e podem reconhecer o filho que tem suas dificuldades como incapaz de superá-las.

Bastos e Deslandes (2009) consideram que a adolescência para os pais, é um momento de expectativas e ansiedades, no sentido em que é esperado que os filhos conquistem sua independência social e econômica, além de desenvolverem sua identidade sexual e relações sociais. E se este processo for encarado como manutenção de dependência do filho, este será objeto de frustração a ambas as partes.

Para Winnicott (1984), a sintomatologia da criança será o reflexo da doença dos pais ou de seu ambiente social, sendo a criança, neste caso, quem melhor expõe a deficiência do espaço em que vive. Entretanto, é importante se atentar ao fato de que, possivelmente, a criança realmente possua a sintomatologia da qual os pais procuraram auxílio, sendo necessário empreender a atenção a ela.

Segundo Winnicott (apud VELUDO e VIANA, 2012) a hipótese de parentalidade será a intervenção na passagem entre o princípio do prazer e princípio de realidade, fator este primordial ao desenvolvimento infantil. Para tal transição, faz-se necessário o amparo do conceito de ambiente suficiente bom de Winnicott.

Metodo

Este trabalho se baseou numa metodologia de tipo qualitativa com base em um estudo de caso. Será apresentado o caso de uma adolescente com 13 anos, frequentando o oitavo ano do ensino fundamental de escola pública como aluna inclusiva, que foi atendida numa Clínica-Escola Psicológica.

A paciente em questão, aqui chamada de Isabela¹¹⁷, foi encaminhada para psicoterapia na clínica escola de uma instituição de ensino na cidade de São Paulo, após realizado o processo de psicodiagnóstico na mesma instituição. O processo de psicoterapia ocorreu no período de um ano (18 sessões de atendimento) onde os pais também foram atendidos individualmente (pais e adolescente). Vale ressaltar que nas 8 primeiras sessões de orientação aos pais apenas a mãe compareceu. Serão analisados trechos de sessões da adolescente comparando com trechos de sessões dos pais, analisando o quanto a dinâmica familiar interfere no comportamento da jovem, e em seu desenvolvimento cognitivo.

Relato do caso clínico e resultados

Aos sete anos de idade Isabela foi diagnosticada com a Síndrome Velocardiofacial. Trata-se de uma desordem genética que acarreta principalmente disfunções cardíacas e deformidade facial, sendo que, em boa parte dos casos, os pacientes nascem sem o palato, além da possibilidade de déficit cognitivo. (Jones, 1998). Entretanto, Isabela tem sintomas reduzidos da síndrome, e chegou a realizar algumas cirurgias na infância. Neste mesmo período foi acompanhada por diversos especialistas, tais como: fonoaudiólogo, dermatologista, ortopedista, neurologista, cardiologista e geneticista. No psicodiagnóstico verificou-se o quanto eram necessárias intervenções sobre os aspectos afetivos, pois apresentava potencial cognitivo, mas não conseguia desenvolver sua autonomia básica e foi encaminhada para psicoterapia com orientação dos pais.

Os pais são separados e a adolescente mora com a mãe e encontra o pai em domingos alternados. O círculo de amizade se restringe ao ambiente escolar e o único contato com crianças de idade aproximada à sua é com sua prima de oito anos e um primo de dois anos de idade.

¹¹⁷ Nome fictício, e com autorização para ter o material divulgado em publicações científicas

A avó materna sempre tomou atitudes de 'culpabilização' da mãe da paciente, mantendo sempre uma posição controladora, tanto sobre a mãe, como nos cuidados com Isabela. Tal postura foi mantida pela avó até meados do processo terapêutico, e atualmente sua posição é de isenção nos conflitos entre Isabela e a mãe, ou seja, parou de interferir no processo educativo. Possivelmente isso se deva ao fato de a mãe (da adolescente) , com o apoio recebido tenha passado a assumir o processo educativo da filha. A avó também conseguiu sair do lugar que assumia. O avô, que é separado, faz visitas aos finais de semana, levando a paciente e outros dois netos para passear.

O pai visita Isabela, mas conversa sempre com a adolescente, sobretudo através da internet. Os cuidados excessivos advêm principalmente da família materna da adolescente. Até os doze anos, a mãe relata que era a avó quem dava banho em Isabela e servia sua comida no prato. A jovem também era impedida de ir sozinha até a escola, localizada na mesma quadra da residência da família, por considerarem a adolescente incapaz.

RESULTADOS

Vejamos alguns trechos de sessões:

Com a Mãe: “A minha mãe ainda faz as coisas para a Isabela, várias vezes, quando ela precisa pentear o cabelo, eu vejo ela vindo à sala com um pente e creme de cabelo na mão, para minha mãe (a avó) pentear. Ela vê que eu estou na sala também e volta correndo”. (7a. Sessão do atendimento de pais, só com a presença da mãe)

A respeito dos cuidados empreendidos pelo pai, esses se caracterizam, principalmente, pelo suporte financeiro. Como a mãe relata em uma sessão individual: (8.sessão do atendimento de pais, só com a presença da mãe)

Este era um problema também, antes a única participação do pai era financeira e pegar ela a cada quinze dias. E eu percebi que sozinha eu não consigo, daí tenho colocado ele também para fazer as coisas, por exemplo, este ano é ele quem está responsável pela questão escolar dela, de ir às reuniões e tudo o mais.

Na escola, Isabela apresenta dificuldade em apreender os conteúdos, principalmente em matemática, e suas notas constantemente estão abaixo da média, sendo que o avanço para a próxima série ocorre devido ao conselho escolar aprovar a jovem, amparados na lei da inclusão. Isabela se interessa por música, desenho, histórias em quadrinhos e internet, especialmente nas redes sociais. Neste espaço, expõe seus desenhos e discute sobre seus interesses em música e artes.

Observa-se, no discurso dos pais, como Isabela é considerada incapaz de superar suas dificuldades, e como a adolescente vive constantemente nesta posição. Em uma das sessões individuais o pai relata: (11a. Sessão de atendimento de pais, só com a presença da mãe)

Mãe: “Sim, por um tempo eu pensei que ela não teria jeito, que não tinha muito que fazer no caso dela. Mas agora eu sei que não, quando ela começou a desenhar (algo recente do atendimento) eu vi que ela conseguia fazer algumas coisas. Mas é difícil isso, pensar que ela não poderia fazer.”

E em uma sessão conjunta com mãe e pai de Isabela: (12a.sessão de atendimento de pais)

“Pai: Depois a gente foi comer e eu fiz uma coisa que nunca tinha feito, eu dei o dinheiro e disse pra ela comprar a comida sozinha. (...), resolvi dar o dinheiro na mão dela, expliquei que o que ela queria comer era R\$15,00 e que estava dando pra ela R\$20,00, perguntei se ela sabia quanto deveria voltar de troco, ela disse que sim, foi lá e comprou a comida e comeu ali do lado da barraquinha. Eu ainda estava na fila do que eu queria comer, porque a fila estava muito grande, mas fiquei de olho nela, e não teve nenhum problema.

Mãe: (ri) É não é? Olha isso eu me preocupo em dar o dinheiro trocadinho pra ela, e não precisa, ela pode fazer isso sozinha. É bom P que você me conte isso porque aí eu vou me ligando das coisas também, isso a gente faz no automático e nem percebe que faz. Inclusive ela até tomou banho essa semana sozinha sem eu mandar. Eu fiquei espantada, na verdade ela estava com uma coceira porque comeu um chocolate, e ela falou que iria tomar banho sozinha, pediu pra eu pegar a roupa dela e eu disse que não, pediu também o creme de cabelo pra fazer hidratação. Eu disse pra ela procurar o creme no banheiro, que ela sabia ler, fui com ela e ela fez tudo certinho “.

Isabela, desta forma, é impedida de enfrentar suas dificuldades, decorrente de sua posição ocupada no ambiente familiar, além de se considerar incapaz de superá-las pelo mesmo motivo. Após o recesso da clínica e retorno dos atendimentos, a ênfase do processo terapêutico debruçou-se sobre como Isabela poderia reconhecer e superar suas dificuldades, principalmente as escolares, na medida que ignorava o seu potencial.

Os materiais utilizados nas sessões foram primordialmente os trazidos por Isabela, eles foram desde músicas apresentadas no celular, até traduções de letras de música. A adolescente tem grande fascínio por histórias em quadrinhos e filmes de super heróis, jogos de celular e filmes narrados pela adolescente. Em todas as sessões foi

disponibilizada uma pasta gráfica para uso livre, porém, Isabela fez uso por duas vezes. Uma, no primeiro semestre de atendimento no qual realizou um desenho. E no segundo semestre, onde elaborou um texto sugerido pela terapeuta. Vale ressaltar que as discussões com a adolescente na psicoterapia foram mediadas pelas histórias em quadrinhos.

Foi percebido que, todo o cuidado excessivo dos pais em relação à Isabela acarretou na ausência de estímulos a ela, por considerarem-na, inconscientemente, incapaz de superar suas dificuldades. E o fato da adolescente não realizar nenhuma tarefa sozinha, conferia à jovem um atestado de incompetência. Como resultado deste ambiente, a adolescente também se posicionou, também inconscientemente, como incapaz, se apoiando na deficiência e assumindo uma postura infantilizada e regressiva, logo, incapaz para a aprendizagem escolar, pois sua atitude na escola era de completa alienação.

Com isto, Isabela não consegue direcionar seus impulsos agressivos à criatividade. Estes são constantemente relacionados à destruição e não reconhecidos como potência criativa. Isabela não lida com seus impulsos agressivos por medo de sua deficiência, por considerá-la nociva e incapaz de gerar bons frutos. Durante os atendimentos, foi pontuado pela terapeuta como Isabela se comportava de maneira regredida e infantilizada, e sobre sua dificuldade em enfrentar seus problemas, tanto no cotidiano como e relação às tarefas escolares.

Seu movimento é de constantemente externalizar tais impulsos, daí é possível compreender seu fascínio por histórias em quadrinhos e pelos super heróis. Estes utilizam sua agressividade como potência criativa, empregando-a na resolução de seus problemas, no enfrentamento das dificuldades, mas tudo é realizado segundo um mundo fantasioso e irreal. O trabalho psicoterapêutico, por outro lado foi o de, utilizando estas estórias fantasiosas, como possíveis ao mundo real.

Em uma das sessões (9.sessão de atendimento com a adolescente)

Quando questiono Isabela como o personagem da história em quadrinhos pelo qual ela mais se identifica se sentia em relação ao seu inimigo ela responde: “Não, ele se sente mal, acha que não tem lugar para ele, que o Thor roubou o que era dele, por isso ele quer se vingar”.

Foram recorrentes, durante as 8 primeiras sessões de psicoterapia, respostas dadas por Isabela como “não sei” e “não lembro”. Estas foram consideradas, em um primeiro momento, como uma defesa da adolescente para entrar em contato com seus conteúdos internos, um bloqueio de sua capacidade simbólica criativa que por sua vez, se refletia na sua atitude escolar. Entretanto, foi notado que, para além desta defesa, estas respostas representavam todo o ambiente ao qual Isabela fora exposta, ou seja, que era de uma total ausência de estimulação à memória e representação de histórias, demonstrando uma ausência de capacidade em encadear os fatos de um acontecimento com começo, meio e fim. A jovem não conseguia contar uma situação ou fato que acabara de vivenciar, logo, como interpretar tarefas escolares, ou mesmo fazer redações ou responder ao solicitado?

Neste sentido, o trabalho realizado com Isabela teve o intuito fazer com que ela reconhecesse suas dificuldades e construísse suportes tanto individuais, como com o outro, com o objetivo de solucionar seus conflitos e problemas.

Com os pais e a avó materna, foi percebido no processo terapêutico, que além da dificuldade de lidarem com as limitações de Isabela, o contato com estas seriam o equivalente a entrar em contato com suas angústias como pais. Em função da dificuldade dos pais e a avó lidarem com suas dificuldades, associadas às limitações de Isabela, a estrutura familiar e as relações no seio da família foram sendo construídas mantendo Isabela nessa condição de “deficiente”, e principalmente de incapaz. A própria mãe admite a dificuldade em perceber que a filha é capaz e, no seu sofrimento materno, pode ter sempre pensado que a filha não se desenvolveria. Pode-se pensar aqui na ferida

narcísica que ter um filho com deficiências acarreta aos pais e pode mesmo impedir que essas dificuldades sejam lidadas e superadas no nível que seja possível.

Não se dar conta que mantinham Isabela como deficiente, inconscientemente, era uma forma de manter uma dinâmica familiar que estava instaurada: possibilitava à mãe a dependência afetiva com a avó da adolescente, já que necessitava de alguém que a amparasse nos cuidados de Isabela. Para a avó, também inconscientemente, significava manter filha e neta sob seus cuidados, continuar exercendo a função materna necessária, diante do comportamento de dependência da neta e negligência de sua filha. É interessante observar que à medida que a mãe de Isabela passa a assumir o seu papel materno, a avó 'saí de cena', indicando amadurecimento de ambas nesta relação primária.

Pode-se dizer da forte vinculação da mãe com a própria mãe (avó) e como esse desenvolvimento também sofreu interferências nesse processo de separação x independência . A mãe de Isabela também não conseguia estimular a autonomia da filha, pois ela mesma se sentia insegura no seu lugar de mãe, necessitando da sua mãe (avó) sempre próxima. A psicoterapeuta pode ter ajudado a ambas (mãe e avó) e a mãe de Isabela pode ter avanços em sua autonomia e assim poder começar a ver a filha (adolescente) também com capacidades e não só com as dificuldades.

O pai passou a refletir sobre a sua vinculação com a mãe da Isabela, via doença da filha e a ausência nos cuidados educativos, pois considerava decepcionado que ela jamais fosse capaz de, por exemplo, iniciar um curso superior mas, ao mesmo tempo, ele pode começar a ver que a filha tem suas capacidades. Em uma das últimas sessões (14. sessão de orientação aos pais, mas a 5.sessão com a presença do pai) o pai menciona a mudança de atividades com a adolescente, visitando parques, indo a shows, antes, restrita a casa e à televisão.

A dinâmica familiar de Isabela dominada pela regressão e dependência, pode a partir da psicoterapia, começar um processo, ainda que lento de mudança, onde os laços dessa família puderam se manter e não se romper com o estímulo da autonomia de Isabela. Ao mesmo tempo os próprios pais começaram a perceber e resgatar as suas funções parentais, ou seja, o que podiam oferecer na educação permitindo um resgate de autonomia de si mesmos.

Conclusão

Com este estudo é possível compreender que os pais, sem se dar conta de suas dificuldades, legitimavam a filha como incapaz e evidenciavam suas dificuldades em exercer funções parentais, num clima de 'culpabilização' mútua, negação e negligência educacional. Com os atendimentos psicoterapêuticos, os pais foram resgatando: o seu papel parental e a sua autonomia educativa. A possibilidade de ser um eterno bebê a ser cuidado, amedronta os pais e a adolescente. Por outro lado, a medida que os atendimentos avançam, tanto os pais quanto a adolescente conseguem resgatar o seu processo de autonomia interna, logo, concomitantemente, retomam o desenvolvimento mais saudável, abandonando relações primárias de dependência.

Desta forma vale ressaltar a importância da orientação dos pais na psicoterapia da adolescente, tendo ela tido avanços relevantes, no sentido em que possibilitou aos pais, o contato de suas angústias em relação às dificuldades da filha e a criação de dispositivos que os amparassem na elaboração de suas funções parentais. Além disso, de fomentar o processo de independência da adolescência, necessária ao processo de socialização como um todo de qualquer adolescente, com as limitações e capacidades que lhe são próprias.

Referências

- AYUB, R. C. P.; MACEDO, M. M. K. A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM ADOLESCENTES: ESPECIFICIDADES DE UM ENCONTRO ANALÍTICO. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, v.31, n.3, p. BRASÍLIA, 2011.
- BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. Metodologias de Pesquisa em Ciências – Análises Quantitativas e Qualitativas. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- BASTOS, OM; DESLANDES, S. Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. Ciência &Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.79-87. 2009.
- DOLTO, F. A causa dos adolescentes. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- JONES, K. L. Padrões Reconhecíveis de Malformações Congênitas. 5 ed. São Paulo: Manole, 1998.
- VELUDO, C. M. B.; VIANA, T. C. Parentalidade e o Desenvolvimento Psíquico na Criança. Paideia, v.22, n.5, p.111-118. 2012.
- WINNICOTT, D. W. Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PÍLULA DO DIA SEGUINTE

Joana M. Shikanai Kerr¹¹⁸,
Gilda d'agostino Eugui¹¹⁶,
Lélia Fernandes Souza¹¹⁶,
Caio Fabio S. Portella¹¹⁹,
Cláudia Fernanda Padovan¹²⁰,
Rosana Ramos Poço¹²¹
Alzira C.Leal¹²²,
Adelson Prado¹²³,
Albertina D. Takiuti¹²⁴

Programa Saúde do Adolescente

Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
Casa do Adolescente de Pinheiros. CS I Vitor Homem de Mello
Ambulatório de Ginecologia da Adolescente do Ambulatório de Ginecologia e
Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

RESUMO

OBJETIVO: Verificar o conhecimento e uso da contracepção de emergência por adolescentes. MÉTODO: Pesquisa realizada com 200 adolescentes do sexo feminino (14 a 20 anos), em atendimento médico e multiprofissional de abril a junho de 2013. RESULTADOS: **Idade** média 16,8 anos. **Menarca**:11,9 anos, **atividade sexual**: 15,1 anos. Tinham **filhos** 21(10,5%) . Tomaram **conhecimento**: escola 50%, amigos 43,5%, saúde 25%, família 21,5%, mídia 21%. **Sabiam**: evitaria gravidez 95%, máximo três vezes/ano 15,5%, efeitos colaterais 14%, tomar no dia seguinte à relação 13,5%, falhar

¹¹⁸ Médica do Programa Saúde Adolescente

¹¹⁹ Naturólogo do Programa Saúde Adolescente

¹²⁰ . Nutricionista do Programa Saúde Adolescente

¹²¹ Técnica de Enfermagem do Programa Saúde do Adolescente

¹²² Psicóloga do Programa Saúde Adolescente

¹²³ Graduando em Medicina atuando Programa Saúde do Adolescente

¹²⁴ Profª Drª Médica. Coordenadora Programa Saúde do Adolescenteda Secretaria de Saúde
Estado de São Paulo

13,5%, excesso de hormônio 10%. Das 149 adolescentes em atividade sexual 63,8% haviam **tomado pílula do dia seguinte**. **Porque tomaram:** desprotegidas 61,5%, problema preservativo 30,7%, receiava engravidar 6,5%, violência sexual 1,1%. **O que sentiram:** 47% alteração menstrual, 33,8% medo, 23,5% ansiedade, 20,5% enjoos. **Adquirida:** farmácia 93,5% e 6,5% serviço de saúde,. **Não engravidaram** 92,4%. **.CONCLUSÃO:** Persistem muitas dúvidas quanto a ação, eficácia e modo de uso do levonorgestrel (pílula do dia seguinte). A escola tem um papel importantíssimo como agente difusor do conhecimento. Fica evidente a procura da medicação fora do setor da saúde. Nossos resultados indicam que é necessário informar o uso adequado da contracepção de emergência, bem como reforçar a utilização de métodos anticoncepcionais.

HISTÓRICO:

O Programa Saúde do Adolescente iniciou sua estruturação em dezembro de 1985, com o primeiro encontro intersetorial sobre adolescência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a participação de 1113 profissionais.

O primeiro serviço de adolescente da rede pública foi inaugurado em 7 de março de 1986 no PAM da Várzea do Carmo, no Município de São Paulo.

Em 1987 foi constituído o GEPRO (Grupo Executor do Programa), quando técnicos e especialistas juntaram-se na proposta binômio Universidade e Rede Pública para elaborar e colocar em prática planos de ação. Em 1988 implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde. Em 8 de março de 1991 foi assinada a resolução SS-69 que aprovou as diretrizes para a implantação do Programa de Saúde do Adolescente em todo o Estado de São Paulo. Em 18 de novembro, o projeto de lei 679 na Assembleia Legislativa de São Paulo decreta no Artigo 1o: Fica criado o Programa Saúde do Adolescente na rede pública de saúde de Estado de São Paulo por iniciativa do Deputado Estadual Arnaldo Jardim, aprovado em 20/11/02.

INTRODUÇÃO: A menarca nas adolescentes tem surgido mais precocemente, bem como a atividade sexual já iniciada antes dos 18 anos por 33% dos adolescentes segundo

a Unicef possibilitando um efeito que pode ser uma gestação “indesejada”, “inoportuna” ou “não planejada”. Em 2010, na cidade de São Paulo houve 22 698 partos de adolescentes de 10 a 19 anos cerca de 2,5 a cada hora. Em levantamentos nos grupos de mães adolescentes, o desejo de engravidar vem gradativamente caindo, estando atualmente, em torno de 14%. Desde 1998 a pílula de 1,50 g de levonorgestrel, anteriormente 2 de 750 mg, popularizada pela mídia como a pílula do dia seguinte, a ser ingerida até 72 horas em situação emergencial de relação sem proteção, tem ação na fertilização, ovulação, transporte do espermatozoide, mudando consistência do muco cervical evitando a gravidez. Na década de 70, Albert Yuzpe já utilizava altas doses de pílulas anticoncepcionais orais para o mesmo fim.

OBJETIVO: Verificar o conhecimento e uso da anticoncepção de emergência em serviços de atendimento de saúde à adolescente

MÉTODO: Pesquisa realizada com 200 adolescentes do sexo feminino de 14 a 20 anos, que procuravam atendimento médico e da equipe multiprofissional nos ambulatórios da Casa do Adolescente de Pinheiros e no Ambulatório de Ginecologia da Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo de abril a junho de 2013. As 200 adolescentes de 14 a 20 anos, **idade** média 16,8 anos, com mediana 17 anos (29% de 14 a 15 anos, 34,6% de 16 a 17 anos e 35,8% de 18 a 20 anos). Na ocasião abria-se um espaço de discussão e trocas para dúvidas e informações sobre conhecimentos equivocados e reforçar o uso dos métodos contraceptivos.

**ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
PILULA DO DIA SEGUINTE (PDS)**

IDADE_____anos **ESCOLARIDADE**_____

MENARCA_____anos **VIDA SEXUAL**_____anos **FILHOS**_____

COMPANHEIROS _____idades _____

☐1) Já ouviu falar da pílula do dia seguinte?

Como soube?

☐Não ☐Sim Revista

Mídia Médico

Outros _____

☐2) O que você sabe sobre a Pílula do Dia Seguinte?

☐3) Já fez uso da pílula do dia seguinte? Quantas vezes?

☐ Sim ____ vezes. Quando foi a primeira vez que usou? _____

Quando foi a última vez que usou? _____

☐ Não. Você tomaria? _____

4) Em que situação tomou a PDS ?

☐ Preservativo estourou ☐ Situação de violência

☐ Relação sem proteção Outros _____

Com quanto tempo de relacionamento?

☐ menos de 6 meses ☐ 1 ano ou mais

☐ 6 meses a 1 ano ☐ Outro _____

6) Quem indicou? ☐ Automedicação ☐ Amigo/ familiar ☐ Médico ☐

Profissional da saúde _____

☐ Parceiro ☐ Outros _____

7) Como adquiriu?

☐ Serviço de Saúde ☐ Companheiro ☐ Família

☐ Farmácia ☐ Outros _____

8) Quanto custou? _____

9) Teve o efeito desejado? Não engravidou?

☐ Sim ☐ Não Engravidou _____ vezes.

10) O que você sentiu depois que tomou a pílula do dia seguinte?

☐ Nada ☐ Inchaço ☐ Ansiedade

☐ Dores abdominais ☐ Medo ☐ Dor de cabeça

☐ Enjôo /náusea ☐ Alteração Menstruação _____

☐ Outros _____

☐11) Ela pode ser usada como método anticoncepcional rotineiramente? Porque?

☐ Não _____

☐ Sim _____

☐12) O que se pode fazer para evitar o uso da Pilula do Dia Seguinte?

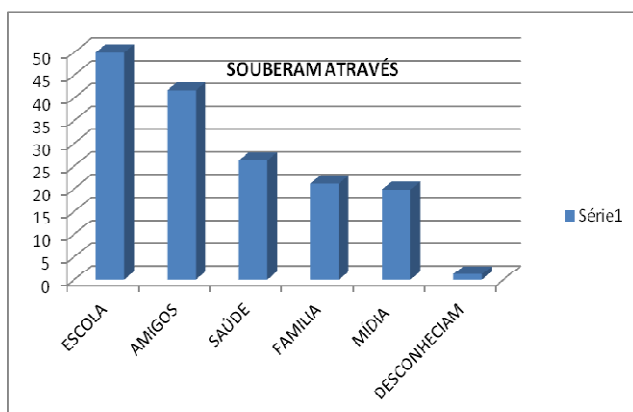
☐13) Como você está se protegendo? Que método anticoncepcional está usando?

☐ Pre
☐ Pre
☐ An
☐ Inje

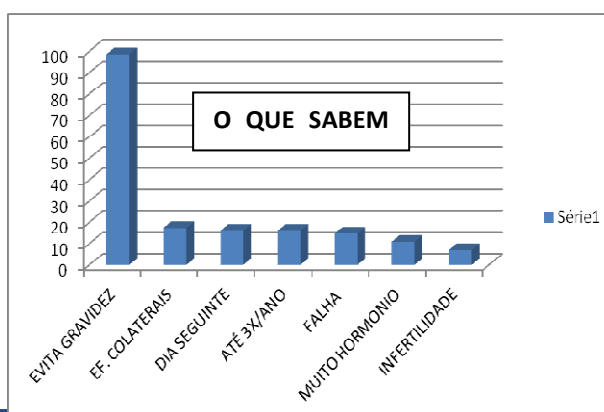
RESULTADOS:

A **menarca** ocorreu aos 11,9 anos na média e mediana aos 12 anos (12,1% 9 a 10 anos, 74,9% dos 11 a 13 anos e 12,7% 14 a 15 anos). Cerca de 74,5% haviam iniciado **atividade sexual**, na média aos 15,1 anos e mediana 16 anos (18,4% 12 a 14 anos, 56,1% 15 a 17 anos, 21,8% de 18 a 20 anos). Quanto à escolaridade: 69,5% tinham mais

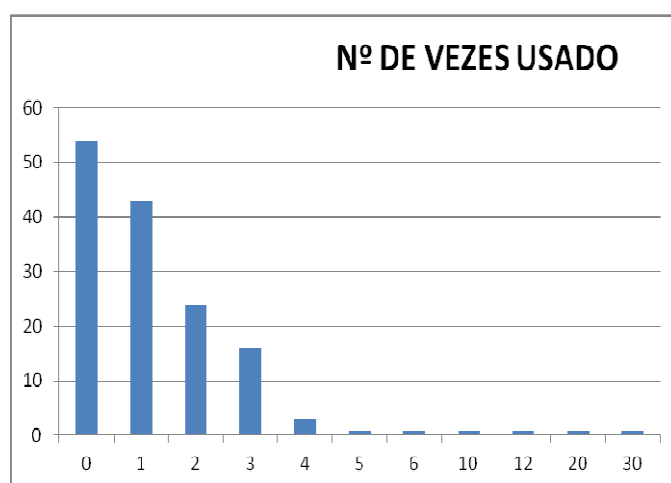
de 8 anos de escola, 19% menos de 8 anos, e 11,5% cursavam universidade. Tinham **filhos** 21 adolescentes (10,5%). Tomaram **conhecimento** da anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte) através: escola 50%, amigos 43,5%, serviços de saúde 25%, família 21,5%, mídia 21% e 1%



desconhecia. Diziam que evitaria gravidez 95%, poderia ser tomada não mais que três vezes ao ano 15,5%, teria efeitos colaterais 14%, teria que ser tomada no dia seguinte à relação 13,5%, poderia falhar 13,5%, prazo correto para ser tomada 11,5%, quantidade de hormônio excessiva 10%, levar à infertilidade 5,5%. Das 149 adolescentes que já tinham



iniciado atividade sexual 63,8% já haviam **tomado pílula do dia seguinte**, de 1 vez 43 adolescentes, 2 vezes 24 , 3vezes 16, 4 vezes 3, 5 e 6 vezes 1, de 10 a 12 vezes 1 e 2 adolescentes relataram ter tomado 20 e 30 vezes, respectivamente e 54 adolescentes (36,2%) nunca havia tomado. Adolescentes que nunca tinham tomado, questionadas se tomariam: sim 64,7% das virgens e 52,6% das não virgens: não, respectivamente 35,2% e 42,1%. A **idade em que tomou a 1ª vez** foi em 25,2% dos 12 aos 14 anos; 53,1% 15 a 17 anos, 21,6% 18 a 20 anos. **Porque tomaram**: estavam desprotegidas 61,5%, problema no preservativo 30,7%, e receio de engravidar 6,5%, violência sexual 1,1%. **O**

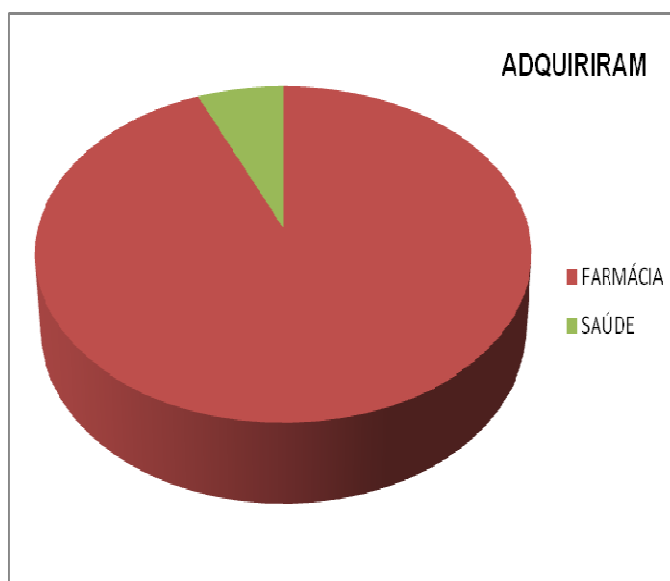


que sentiram: 47% relatou alteração menstrual, 33,8% sentiu medo, 23,5% ansiedade, 20,5% enjoos, 17,6% não sentiu nada, Se podia ser usado como **método anticoncepcional?**: 92,1% negaram (por ser prejudicial 33,5%, excesso de hormônio 25%, efeitos colaterais 19,2%, perde efeito 17,1%) e 7,2% afirmaram para evitar gravidez. A **decisão** de tomar foi da adolescente

em 46,2%, do parceiro 25,3%, dela e parceiro 17,9%, amigo/família 10,4%. Foi **adquirida** em farmácia em 93,5% e 6,5% no serviço de saúde, em 54,8% o parceiro providenciou e 44,2% a adolescente. **Não engravidaram** 92,4%. .Atualmente o **método usado** em suas relações:

48,9% de preservativo masculino(P), anticoncepcional oral(ACO) + P 23,4%, só ACO 12,4%, injetável (IM) 6,8%, IM+P 7,5%

CONCLUSÃO: Persistem muitas dúvidas quanto a ação, eficácia e modo de uso do levonorgestrel (pílula do dia seguinte). A escola tem um



papel importantíssimo como agente difusor do conhecimento. Fica evidente a procura da medicação fora do setor da saúde. Nossos resultados indicam que é necessário informar o uso adequado da contracepção de emergência, bem como reforçar a utilização de métodos anticoncepcionais.

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIA

- ADOLESCENCIA e SAÚDE III Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde. Imprensa Oficial. 2008
- MONTEIRO, D L M . GRAVIDEZ e ADOLESCÊNCIA Revinter 2009
- SAITO, M.I.. ADOLESCENCIA PREVENÇÃO e RISCO. 2ª Ed. Ateneu 2007
- FIGUEIREDO, R. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: Atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS Instituto de Saúde São Paulo. Imprensa Oficial 2008
- SEXUALIDADE, PRÁTICA SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA, PREVENÇÃO DE DST/AIDS e GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA Instituto de Saúde de São Paulo. Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. 2008
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde 2005

**O USO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES DE MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO: DIAGNÓSTICO E BASES PARA PREVENÇÃO**

Maria Solange Siqueira¹²⁵

Leila de La Plata Salomão Tardivo¹²⁶

RESUMO

O presente estudo se refere a uma pesquisa sobre o uso de álcool e drogas em adolescentes, entre 12 para 19 anos completos, de ambos os sexos, cursando o ensino fundamental, médio ou ausente do ensino de aprendizagem formal, numa cidade do Interior de São Paulo. Esta pesquisa visa o conhecimento da situação do uso de álcool e outras drogas, como um mapeamento, que será útil para uma implementação de medidas de prevenção, de tratamento quando necessário. Será realizada uma pesquisa qualitativa (na ocasião de discussão com agentes locais e orientação na devolutiva de cada teste) e quantitativa com o uso de instrumentos para o mapeamento do uso de álcool (Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool – AUDIT) e de Drogas (The Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)). A partir dos dados obtidos neste trabalho será possível contribuir com as instituições e programas em rede no município, na implementação de medidas preventivas e atuação direta com as equipes a partir de discussões e ações periódicas, relacionadas aos principais problemas, potencialidades e prioridades do município nesse aspecto.

I - INTRODUÇÃO

Esse trabalho se refere a uma pesquisa diagnóstica sobre o consumo de álcool e outras drogas pelos adolescentes de um município do interior de São Paulo, e poderá contribuir com o trabalho em rede, focalizando o olhar na realidade social local. Vimos buscando respostas urgentes para as questões de violações de direitos de adolescentes e sabemos da pouca ou ausência de articulação das redes de atendimento com outros Setores, entre as Instituições, Órgãos e Programas, torna-se urgente um maior

¹²⁵ Psicóloga do município de Itirapina

¹²⁶ Professora Associada do PSC – IPUSP- Coordenadora do APOIAR

conhecimento de forma a se poder atender aos principais problemas, entre os quais a problemática dos adolescentes, de forma especial , envolvidos com álcool e drogas .

Assim, esta pesquisa pretende auxiliar o município a iniciar, aprimorar ou ampliar a prática do diagnóstico como fundamento para uma nova configuração das políticas locais de proteção integral dos adolescentes envolvidos com o álcool e outras drogas.

USO DE ÁLCOOL E DROGAS

O termo substância psicoativa ou droga, segundo a definição da OMS (Organização Mundial da Saúde.) é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. A palavra droga é proveniente do holandês antigo e vem da palavra drogg, que significa folha seca, devido à utilização de vegetais na composição dos medicamentos elaborados na época.

O uso da bebida é muito antiga e a bebida pode ser utilizada para congregação em rituais repletos de significados místicos ou apenas festivos, também é parte de um fenômeno considerado dos grandes problemas de saúde pública, sendo um desafio para entidades mundiais como a OMS (Delijaicov, 2009).

Com respeito ao uso de drogas, o Conforme o DSM-IV (4a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.) o abuso tem como característica essencial um padrão mal adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetitivo da substância, tendo como critério um ou mais dos seguintes casos ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência:

1. Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
2. Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico;
3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
4. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Para a CID.10 (10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS.
o uso nocivo tem como critérios:

1. A evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.
2. A natureza do dano é claramente identificável;
3. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses;
4. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

A OMS (2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência.

Sabe-se que os jovens começam a usar álcool e outras drogas e os efeitos que pode trazer, tendo relação com outros conflitos e os aspectos psicossociais envolvidos (Tardivo, 2007)

II – JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Diante da realidade identificada no município, a desorganização na configuração familiar, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a falta de profissionalização, o alto índice de violência, de dependência química, foi constatada a necessidade de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar junto à população jovem, mais especificamente, a maioria dos moradores do Jardim Nova Itirapina. Essa necessita de uma intervenção que promova a reversão de sua condição atual e possam ser os autores de sua história e de seu processo de cidadania.

Este estudo nasceu da realização de um trabalho psicopedagógico grupal anterior com atuação em quatro salas de adolescentes, num total de 160 alunos do ensino médio

em Itirapina em 2011, inserido em um projeto de prevenção e recuperação do uso abusivo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes.

Também por conta do acompanhamento dessa população ora na clínica ou no contexto escolar, surgiu a necessidade de se fazer algo por esta população que não tinha voz e não eram percebidos como cidadãos de direitos. Vimos testemunhando muitas vezes violações de direitos de crianças e adolescentes e a falta de local de tratamento adequado a essa camada da população

Dessa forma, compreendemos a necessidade de implementação de políticas públicas, do protagonismo juvenil, a partir do fortalecimento dos vínculos e cidadania dessa população com seus familiares e com a comunidade

O presente estudo pretende realizar uma pesquisa sobre o uso de álcool e drogas em adolescentes, entre 12 para 19 anos completos, de ambos os sexos, cursando o ensino fundamental, médio ou ausente do ensino de aprendizagem formal, nesse município do Interior de São Paulo

III – ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo será feito no município de Itirapina cuja caracterização se insere a seguir:

A - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Itirapina é uma cidade com aproximadamente 14.000 mil habitantes, inserida na Área de Preservação Ambiental (APA) de Corumbataí, por isso, há preocupação e restrição relacionados aos poluentes pelas indústrias. Limita-se com os municípios Corumbataí, Rio Claro, Ipeúna, Charqueada, Piracicaba, São Pedro, Brotas, Analândia e São Carlos. Há pequenas empresas gerando empregos, porém, a taxa de desemprego torna-se significativa por conta da desqualificação profissional, gerada pelo analfabetismo, baixa escolaridade e rotatividade de mão-de-obra.

Nos últimos anos foi contemplada com duas unidades prisionais, que atendem hoje a uma população carcerária de aproximadamente 3.000 presos. Com esse advento, Itirapina começou a receber uma forte migração de familiares dessas pessoas, estabelecendo-se no entorno desses presídios e desenvolvendo a partir daí a disseminação de uma cultura de aprovação da violência pela sociedade, de punição corporal e distribuição desigual de poder dentro da família, como a cultura da prisão, do uso abusivo de drogas, onde a criminalidade, a delinquência, a prostituição, o tráfico de drogas cresce, assediando as crianças e adolescentes, principalmente as inseridas no contexto de vulnerabilidade social, por questões socioeconômicas e políticas, favorecendo para a violência e exclusão social.

O pequeno município de Itirapina, com a sua estrutura pública deficitária não conseguiu dar respostas rápidas a essa demanda social, e encontra-se hoje com um grande índice de casos de adolescentes que sofrem de violência, de envolvimento com substâncias psicotrópicas

As razões que levam alguém a se tornar dependente químico ou usuário-problema são complexas e não devem ser generalizadas, pois envolvem as questões psicológicas, sociais e de personalidade, evidenciando-se, dessa forma, a necessidade de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

. B- Participantes

Utilizamos a abordagem qualitativa na análise dos dados de cada encontro (ainda em andamento), nas entrevistas, nos documentos e informações de um modo geral. Nesse trabalho serão apresentados os resultados de 23 adolescentes, como um estudo piloto que responderam aos instrumentos descritos a seguir:

AUDIT

– Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): um screening com reconhecimento mundial, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980, com objetivo de identificar bebedores de risco. O AUDIT mede consumo, sintomas de dependência e consequências pessoais e sociais do beber. O teste aborda o

padrão de consumo e suas consequências nos últimos 12 meses, por meio de dez itens, sendo três sobre o uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo (Babor e cols, 1992).

As alternativas de respostas vão de 1 a 4, e as altas pontuações são indicativas de problemas, permitindo classificar o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore total obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: sugestivo de dependência). Estudo brasileiro utilizando o AUDIT apontou sensibilidade de 87,8% e especificidade de 81%, sendo o teste considerado satisfatório (Mendez e cols, 1999)

Pontuação do AUDIT:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 contam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 »» Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 »» Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 »» Dependência

Dessa forma, o AUDIT aplicado e analisado em cinquenta (50) adolescentes, dos quais 27 apresentaram uma pontuação na zona I, com (escores: 0 – 7 pontos) indicativo da classificação no nível de uso de baixo risco, requer uma intervenção de prevenção primária.

2- DUDIT - The Drug Use Disorders Identification Test

Foi desenvolvido como um instrumento paralelo ao AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para identificação de indivíduos com possibilidades de desenvolver problemas com o uso de drogas. O DUDIT foi criado para detecção desses problemas como um instrumento paralelo ao AUDIT, este internacionalmente conhecido.

O objetivo do processo de avaliação com o DUDIT serve como um instrumento valioso que identifica os indivíduos que parecem ter um problema com drogas ou dependência de drogas, e pode revelar aqueles que não têm esses problemas.

Pontuação para o DUDIT

Para os itens 1-9 as respostas são codificadas 0, 1, 2, 3 ou 4.

Itens 10 e 11 são codificados 0, 2 ou 4.

Deve-se somar todos os pontos para os 11 itens. A pontuação máxima é 44.

Uma pessoa do sexo masculino com 6 pontos ou mais pode estar relacionado a problemas com drogas, ou tem maior risco de já estar desenvolvendo hábitos prejudiciais com drogas

Uma pessoa do sexo feminino com 2 pontos ou mais provavelmente tem problemas relacionados com drogas. (Esses números são preliminares, mas podem ser utilizados como guias até que mais dados estão disponíveis.)

Uma pessoa com 25 pontos ou mais provavelmente é fortemente dependente de drogas

IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados desse Estudo piloto, obtivemos os seguintes no AUDIT

10 participantes que apresentaram uma pontuação com classificação no nível de uso (zona II), com (escores: 8 – 15 pontos), revelaram uso de risco, solicitando uma Intervenção de Orientação Básica.

As alternativas de respostas de 8 participantes atingiram a pontuação na zona III, com (escores: 16 – 19), denominando uma classificação de uso que sugere uso nocivo. Portanto, exige uma Intervenção Breve e monitoramento.

E por último, temos as respostas de 5 usuários com altas pontuações, indicativas de problemas, como demonstrado na classificação no nível de uso, zona IV, com (escores: 20 – 40), sugestivo de dependência. Necessitando de Intervenção e encaminhamento para serviço especializado.

A partir da experiência da psicóloga que atende aos adolescentes e adultos do município, e por outras investigações, podem ser levantadas como hipóteses para esses resultados para esse elevado uso de álcool.

Há jovens que vivenciam diversos tipos de violências, e observa-se também o consumo dessas substâncias pelos pais influenciando, possivelmente o consumo delas pelos filhos, a desorganização na configuração da estrutura familiar, a ausência de pertencimento familiar, escolar e comunitário, a dependência dos efeitos subjetivos da droga, a dependência dos fornecedores de dinheiro que podem ser os pais ou mesmo os traficantes, o grupo de referência do adolescente que muitas vezes é o da droga antes mesmo de usá-la, a dependência de que o efeito da droga facilitará suas relações interpessoais e dificuldades pessoais. Todos esses fatores aliados a outras dificuldades observadas no contexto com os adultos devem ter relação com esse elevado uso do álcool.

Assim entre os adultos, as longas jornadas de trabalho, a execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são também fatores que apresentam relação associada a um maior consumo de drogas.

Em geral, a idade média que as crianças começam a fumar cigarros é de 12 anos. Experimentam álcool aos 13, e fumam o primeiro cigarro de maconha aos 14 anos. E muitos jovens que usam drogas começam antes dos 10 anos. Acreditar que seu filho nunca vai se envolver com drogas é um grande perigo. Pesquisas mostram que o acesso de crianças às drogas é muito mais fácil do que os pais imaginam. Então podemos afirmar que nesse município, sem distinção de classe social, o envolvimento com álcool e drogas por crianças e adolescentes, estão, assim relacionados aos fatores de risco, acima mencionados, sendo pior naqueles que estão vivenciando situação de vulnerabilidade

Dessa forma, mediante ações (interação e discussão) articuladas com a Secretaria de Promoção e Desenvolvimento Social, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), Serviço de Proteção Especial, Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Educação e comunidade em geral será possível articular medidas que possam dar conta da situação.

O projeto está em andamento e deverá abranger um número maior de adolescentes do município. Sendo assim, será possível a realização do diagnóstico com levantamento de dados mais amplos. Desde já pode-se apontar a importância de projetos que visem desenvolver atividades culturais, artísticas, terapêuticas, esportivas e de capacitação para adolescentes e familiares, buscando estimular as capacidades para o desenvolvimento de pertencimento e identidade, incentivando a convivência familiar e comunitária.

Destaca-se nesse município, como em outros, a necessidade de implementação de políticas públicas relacionadas a promoção, proteção integral dos adolescentes, principalmente daqueles envolvidos com as substâncias psicoativas.

Referências

- BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERS J, GRANT M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992.
- BERMAN,A.H BERGMAN,H PALMSTIERNA,T & SCHLYTER, F. DUDIT - The Drug Use Disorders Identification Test Manual - KarolinskaInstitutet, Department of Clinical Neuroscience Section for Alcohol and Drug Dependence Research, M4:02, 171 76 Stockholm.
- MENDÉZ EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use DisordersIdentification Test) [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

Ribeiro, M.M.; Martins, Baron, R. - (Re) Construindo Conceitos e Consensos: Um olhar sobre a violência doméstica (In: Violência doméstica contra a criança e o adolescente, 1ª. ed., Curitiba: Juruá, 2008).

ROSA, J. T.; NASSIF, S. L., inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas, 1ª ed., São Paulo: Vetor, 2003.

V., D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C.- Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil -Cad. saúde pública = Rep. publichealth;25(8):1711-1720, ago. 2009.

ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: RELATO DE UM CASO

Marília Vizzotto¹²⁷;

Grazielle Ribeiro; Kedma Lima¹²⁸

RESUMO

Os adolescentes totalizaram 34.157.631 na população brasileira no ano de 2010 e o Brasil reduziu a gravidez na adolescência em mais de 22% entre 2000 e 2009, por sua condição de vulnerabilidade. O objetivo desse estudo foi descrever aspectos psicodinâmicos de uma adolescente primigesta; com 16 anos, grávida de 5 meses, vivendo com o companheiro, pai do bebê. O estudo realizou-se numa instituição “lar abrigo”, em encontros semanais. Utilizou-se entrevista semiestruturada e o Teste de Apercepção Temática, analisado conforme Murray; e a análise de conteúdo das entrevistas foi feita por categorias. Os resultados revelaram que os temas evocados pelo instrumental projetivo lhes suscitaram muita angústia e, um ego ainda imaturo, ofereceu-lhe poucos recursos para o enfrentamento de conflitos. Houve indicativos depressivos, observados mecanismos de evitação e sentimentos relacionados ao abandono e desamparo. Além da “adolescência”, a “gravidez” implicou em duas situações que demandavam perdas e careciam de elaboração para a obtenção de ganhos. Sua vulnerabilidade pôde explicar as condições regressivas, as paralizações durante a tarefa projetiva. Observou-se busca de afetividade, apoio, proteção e aceitação; além de tentativas de elaboração de conflitos primitivos. A importância de acompanhamento psicológico, da prevenção e manutenção da saúde psicológica em jovens nessa condição foram notórios.

Palavras – Chave: Adolescência, Gravidez, vulnerabilidade adolescente

¹²⁷ Docente titular – Curso de Psicologia e *stricto sensu* -Universidade Metodista. Doutora pela Faculdade Ciências médicas –Unicamp.

¹²⁸ Graduandas em Psicologia – Universidade Metodista de São Paulo

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a adolescência têm sido importantes nos últimos anos, afinal, os adolescentes já totalizavam 34.157.631 cidadãos (entre 10 a 19 anos) na população brasileira segundo o senso (IBGE, 2010). E, se a adolescência por si mesma já é um período do desenvolvimento humano que traz grandes conturbações e em que ocorrem diversas mudanças psicológicas e físicas, que inclui aspectos morais, religiosos, sociais e da própria sexualidade (ABERASTURY, 1970/1981; KNOBEL, 1981/1970), quanto mais serão os conflitos relacionados à gravidez nesse período. Segundo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2010) da Organização das Nações Unidas, a América Latina registra anualmente 54 mil nascimentos com mães menores de 15 anos e 2 milhões com idades entre 15 e 19 anos.

Os estudos recentes (SILVA; ZURITA, 2012; LEVANDOWSKI *et. al.* 2008; ROMERO_RODRIGUEZ, 2004; SOUZA, 2002) revelam que a preocupação com a saúde do adolescente e com a gravidez tomou grande força atualmente; além disso já é um tema abordado em importante publicação da Organização Mundial da Saúde também (OMS, 2013).

Porém, o Brasil acelera a redução da gravidez na adolescência e o número de partos entre 10 a 19 anos, atendidos pelo (SUS) reduziu em mais de 22,0% entre 2000 e 2009, com decréscimo de 34,6%. A maior redução ocorreu nas regiões Nordeste (26,0%) e Centro-Oeste (24,4%) (BRASIL, 2010).

Portanto, ante as preocupações, o objetivo desse estudo foi descrever variáveis psicológicas e conteúdo intrapsíquico de uma adolescente primigesta.

MÉTODO

O Estudo foi realizado com utilização do Método Clínico, de abordagem psicanalítica na tentativa de o conteúdo inconsciente de uma adolescente primigesta, que chamaremos de R. com 16 anos de idade, que se dispôs a participar desta investigação. Consideramos “adolescente” a pessoa entre doze e dezoito anos de idade, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

O estudo realizou-se numa instituição “Lar abrigo” que acolhe mulheres grávidas carentes da região de São Bernardo do Campo. As entrevistas e a coleta de dados foram realizadas num consultório de psicologia cedido pela própria instituição. Utilizamos: a) uma entrevista semiestruturada em que abordamos as a percepção sobre a gravidez na adolescência, a percepção as relações com os pais, e relacionamento conjugal; b) Teste de Apercepção Temática- TAT de Henry Murray (MURRAY, 2005/1943). Aplicaram-se as seguintes pranchas: - Prancha 1 O menino e o violino; Prancha 2 A estudante no campo; Prancha 6 Mulher surpreendida; Prancha 7; Prancha 13 HF; Prancha 13 M ; Prancha 16 Em branco, e a Prancha 12 (infantil), pois julgamos que a branca sendo a última, geraria muita angústia, de modo que um estímulo mais ameno, acalmaria tais ansiedades

Com contato já existente na instituição, com o convite e aceite da jovem, obtivemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciamos os encontros. Após, os dados do TAT foram analisados conforme Murray e Bellack, seguindo-se as orientações de Silva (1989). Destacando-se que cada prancha foi analisada segundo: uma análise formal (Tempo de Reação; omissões; figuras introduzidas; comportamentos e linguagem) e a análise do conteúdo (Herói; Necessidades do herói; Conflitos significativos; Mecanismos de defesa; Concepção de ambiente; Reação do herói; Como o conflito era solucionado; Dinâmica Intrapsíquica). Deu-se também uma análise de conteúdo das entrevistas por categorias; após foi feita uma conjugação entre o conteúdo das entrevistas e o conteúdo do instrumental projetivo e elaborada síntese geral de todo conteúdo. Entretanto, descreve-se aqui apenas uma síntese geral do caso, por uma questão formal de apresentação e linguagem do periódico em questão.

RESULTADOS

R. tinha 16 anos, grávida de 5 meses, solteira, mas vivia com o companheiro, pai do bebê. Seu grau escolar era fundamental incompleto (7ª. Série) e interrompeu os estudos em função da gravidez.

Durante os contatos com R. pôde-se observar:

Percepções, sentimentos, reações e expectativas em relação ao filho

R. diz: “Olha, no começo, assim que ele nascer, tenho que me dedicar exclusivamente a ele, é um menino, (sorri)...vou ter que dar carinho, porque por mais que eu não queria ele (filho), agora eu já gosto da ideia e quero cuidar e dar carinho, mas depois eu quero trabalhar, porque antes de engravidar eu trabalhava ...”(sic).

Percepção das relações parentais - “Minha mãe sabia que eu estava grávida, primeiro que todo mundo, ela que me disse que eu estava grávida já, e eu disse que não, mas ela tinha razão; ela só tinha medo que eu ficasse grávida com 14 anos, mas minha sogra é que não gostou quando falamos pra ela. Mas agora sei lá... ele (pai da criança) foi meu primeiro namorado, e começamos a transar quando eu tinha 15 anos, a gente só ficava grudado, eu só dormia na casa dele(...) o que é normal... por isso decidimos morar juntos”.

Relacionamento Conjugal - “Acho que o filho muda a relação, o corpo muda... ah, tenho medo dele (pai da criança) olhar pra outra.... sempre teve muita menina em cima dele, e eu tenho medo dele me deixar... . “Meu filho vai nascer em 26/11/2013 e vai ser bom, acho que o filho é mais responsabilidade que você tem que ter...”.

Ao término da sessão, a psicóloga disse-lhe para ficar a vontade para colocar o que quisesse e ela expressa seu ciúme (infantil) e diz: “Então, meu marido tem uma irmã mais nova, 9 anos, e a gente se dava muito bem, mas desde que eu fiquei grávida, ela sente muito ciúme de mim...ou do bebê, não sei. Se a mãe do meu marido compra qualquer coisa para o bebê, ela fica enciumada, tem que comprar pra ela também (...) e meu marido não fala nada, e quando eu vou reclamar pra ele, ele dá razão pra ela, diz pra eu não pegar tanto no pé dela”.

- Teste de Apercepção Temática

Prancha nº1 (U)- t.r.: 1”. Título: “não sei”. “É um menino pensativo, aparenta estar triste, está com um violino... não consigo pensar em uma história...” Inquérito: O que aconteceu antes? Não tenho ideia; O que aconteceu depois? Não sei, O que pensam? Não sei, O que sente? Triste

Prancha nº 2 (U) A estudante no campo – t.r.: 1”. título: As dificuldades da vida. “*É uma mulher com livros ou uma bíblia... é um lugar que aparenta ter muita pobreza, parece ser sofrido né? ... Um lugar onde as pessoas passam fome, parecem camponeses... só*”. Inquérito O que aconteceu antes? Não tenho ideia. O que aconteceu depois? Não sei. O que pensam? Não sei. O que sentem? Não sei

Prancha nº6 (MF)- t.r. 1”s. - título: não sei, não tenho ideia. “*É um casal, ele parece ser meio ganancioso e ela assustada... ele deve estar propondo alguma coisa para ela...*” Inquérito - O que aconteceu antes? Não sei, não consigo pensar em nada. O que aconteceu depois? Não sei O que pensam? Não sei O que sentem? Não sei

Prancha nº7 (MF). T.r. 1”s. - título: A mãe e a filha. “*A mãe parece estar explicando algo para ela... ensinando. Parece a gente quando a mãe está explicando algo e a gente não presta atenção. A mãe parece focada em ensinar algo e ela não presta atenção*”. Inquérito - O que aconteceu antes? Não sei, não consigo pensar em nada. O que aconteceu depois? Não sei. O que pensam? Não sei. O que sentem? Não sei

Prancha nº13 (HF)- t.r. 1”s. - título: A dor da perda da pessoa que amamos. “*O homem parece que está chorando triste, a mulher deitada parece estar morta, doente... parece estar doente. Ele está preocupado, triste, como se ela fosse morrer... ela está morrendo de alguma doença*”. Inquérito - O que aconteceu antes? Não sei, não consigo pensar em nada. O que aconteceu depois? Não sei. O que pensam? Não sei. O que sentem? Não sei

Prancha nº13 (M)- t.r. 1”s. Título: Não consigo pensar. “*Uma ponte, uma mulher... ou uma criança subindo, só... a pessoa deve estar indo para algum lugar*”. Inquérito O que aconteceu antes? Não sei, não consigo pensar em nada. O que aconteceu depois? Não sei. O que pensam? Não sei. O que sentem? Não sei

Prancha nº16 (U) Em Branco – T.r.: 30”s. título: O que eu quero para minha vida. “*Posso criar o que eu quiser? Uma mudança de vida... uma família agora né? Feliz, só... uma família feliz, realizada, só*”. Inquérito - O que aconteceu antes? Não sei, não consigo pensar em nada. O que aconteceu depois? Não sei. O que pensam? Não sei. O que sentem? Não sei

Prancha nº 12 (RM)- t.r. 1”s. título: Barquinho. “Um lugar tranquilo, natureza né? ... lugar calmo... só”. **Inquérito - O que aconteceu antes?** Não sei, não consigo pensar em nada. **O que aconteceu depois?** Não sei. **O que pensam?** Não sei. **O que sente?** Não sei

Fechamento - Qual delas mais gostou? Essa: (16 Em Branco). “Em branco, porque eu fiz a própria imagem do que eu queria”. **Qual a prancha que menos gostou?** (13 M) “menina subindo a escada” (não sei...)

SÍNTESE

De uma maneira geral, no TAT, a participante R. S. N. falou pouco e manteve-se mais introspectiva, diferente dos contatos em entrevistas, expressou-se bem e à vontade. Essa mudança mostra-nos o quanto as pranchas a mobilizam e por isso houve tantas omissões, denotando negação e evitação. Em todas as histórias, o tempo de reação foi curto, sugerindo certa impulsividade da participante, mas um desejo de livrar-se de uma tarefa indesejável, de uma maneira um tanto quanto opositora, como se dissesse: “*vou fazer o mínimo possível e livrar-me desta tarefa*”.

As necessidades mais urgentes da participante parecem ser a de obtenção de apoio familiar, afetividade e aceitação, tendo sido possível observar fortes indicadores falta afetiva de maneira repetitiva nas histórias (mostrando-se impossibilitada de trazer um desfecho para suas histórias). A participante também nega sua sexualidade e tem dúvidas entre ser uma mulher adulta (o que implica em assumir esta sexualidade que nega) ou ainda ser criança. Tais conflitos são característicos do desenvolvimento do adolescente, porém, na ocorrência de uma gravidez, podem ser intensificados.

Em duas pranchas do TAT (Prancha n.2 e Prancha n.7) R. nega a maternidade e, durante entrevista, fala da dificuldade em acreditar que estava grávida e diz que inicialmente não queria o filho; isto porque a maternidade implica na aceitação da mulher adulta e na aceitação da sexualidade adulta, quando ainda é adolescente. O que corrobora com a entrevista quando diz *começamos a transar quando eu tinha 15 anos, a*

gente só ficava grudado, eu só dormia na casa dele(...) o que é normal.. Numa fantasia de eterno prazer (infantil).

A figura masculina (paterna) é percebida como ameaçadora; a figura materna é mais idealizada, com a qual estabelece uma relação de culpa e necessidade (tentativas) de reparação.

E em relação ao futuro, na entrevista e no TAT, a participante parece buscar nesta sua nova família - de maneira até idealizada - o afeto que não teve em sua família de origem, deseja fazer diferente, “(...) *eu fiz a própria imagem do que eu queria*”.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram R. participativa e com boa comunicação durante as entrevistas; porém, produziu muito pouco durante a tarefa projetiva, com histórias curtas e mais empobrecidas; fato esse que indica impacto ante o estímulo, ou seja, esse lhe provocara grande angústia e havendo paralizações.

Pode-se hipotetizar que os temas evocados pelas pranchas lhes suscitaram tamanha angústia que o ego, ainda imaturo e com poucos recursos, não pôde oferecer-lhe recursos mais amadurecidos para as ações. Houve também indicativos depressivos, observados por recursos defensivos de evitação e sentimentos relacionados ao abandono e desamparo. Algumas defesas utilizadas foram estereotipadas, repetitivas. Pode-se fazer aqui uma equiparação com o que descreveu Torres (2009) sobre a prova de Rorschach, em respostas de movimento e cinestésicas; isto é, as respostas com pouco ou nenhum movimento denotam a imaturidade geral e um parco desenvolvimento do ego. E, tal como expressou Hammer (1969) as técnicas projetivas possibilitam ao sujeito mostrar suas peculiaridades e significados; e, como acrescentaram Conti e Souza (2010) uma disposição inconsciente em que a via seria a projeção que a regressão aos estados mais primitivos da mente se expressam na própria tarefa (na articulação entre estímulo e mundo interno), ou seja, os elementos inconscientes são passíveis de serem trazidos à

tona devido à regressão funcional do aparelho psíquico aos estágios iniciais de desenvolvimento.

Entretanto, pode-se dizer que não se trata de indivíduos com patologias graves. Há sim uma pessoa que, além da passagem da infância para a vida adulta – então considerada “adolescência”, há outra variável – “a gravidez”. Duas situações que implicam em perdas e que terão de ser elaboradas para a obtenção dos ganhos advindos da nova etapa da vida. De modo que a condição de vulnerabilidade em que se encontra a participante pode explicar as condições regressivas, as paralizações durante a tarefa projetiva, além da exposição de recursos defensivos tão primeiros do desenvolvimento humano.

É interessante lembrar que A. Freud (1958/1982) explica ao escrever que na adolescência, um *id* relativamente forte defronta-se com um *ego* relativamente fraco, sendo este um período em que o *id* é vigoroso, mas o *ego* está debilitado. Com isso, R. manteve-se impedida, trancada durante todo o tempo da tarefa projetiva, sem saber como lidar com a angústia despertada - assemelhando-se a um bebê frágil, vulnerável e à mercê do adulto.

Também surgem características de um superego rígido (histórias e entrevistas) evidenciando um alto nível de ansiedade, e pelo mecanismo de repressão, sequer entra em contato com os conflitos que evocavam os temas das pranchas apresentadas. Também se pode lembrar A. Freud (1958/1982) quando escreve que a política mais segura ao adolescente que está nesta espécie de fase de renúncia do prazer é de: sempre que o instinto diz “eu quero”, o *ego* replica “não terás”. E o aumento da catexa libidinal amplia o perigo instintivo, fazendo com que o *ego* redobre seus esforços a fim de defender-se de toda maneira, o que talvez explique a atuação intensa do superego durante a tarefa projetiva.

Na prancha n.13 R. indica sinais de busca de si mesmo e da identidade (Knobel,1970/1981) quando relata “(...) *deve estar indo para algum lugar*”, embora não saiba onde; além de não saber se ela é uma mulher ou ainda uma criança, o que também indica a transição já anunciada por Aberastury (1978/1988) e por Knobel (1970/1981). Além disso também se evidenciam conflitos na formação da imagem corporal adulta em detrimento da bissexualidade infantil.

Ainda segundo Aberastury (1970/1981) há intensas modificações corporais e isto traz muitas angústias ao adolescente; e acrescentamos, se somado a uma gravidez neste período, além de aumentar a angústia, a crise pode se tornar dupla, pois a primeira gestação costuma ser tão estranha quanto às mudanças corporais da própria adolescência. Como pudemos observar durante entrevista *“Acho que o filho muda a relação; o corpo muda... ah, tenho medo dele (pai da criança) olhar pra outra.... eu tenho medo dele me deixar...”*.

Assim, as mudanças corporais, sejam elas transitórias ou permanentes, provocam modificações na imagem corporal, gerando a necessidade de reorganização psíquica para elaboração e equilíbrio da nova imagem corporal.

Deste modo, ao omitir a figura da mulher grávida (prancha n. 2) e a boneca no colo (prancha n.7), sugerindo a negação em relação à maternidade pôde ser entendida também, como raiva do bebê (objeto intruso) que modifica seu corpo de maneira invasiva, mas também como proteção do ego, para não destruí-lo. Tal como apontou Aberastury (1978/1988) a adolescência por si mesma as modificações psicológicas são um correlato das modificações corporais características desta etapa da vida. Estas modificações incontrolláveis, são vividas pelo adolescente como uma invasão e ameaça, o que o conduz ao seu interior, para ligar-se ao passado e enfrentar o futuro.

Portanto não podemos afirmar se a negação da maternidade e do bebê deve-se as modificações biológicas e psicológicas da gravidez, ou devem-se as modificações características do período da adolescência, ou se por fim trata-se de uma dupla crise: gravidez e adolescência. O fato é que, conforme Romero-Rodriguez (2004) a adolescência e a primeira gestação concomitantes configuram-se em um equilíbrio intrapsíquico extremamente frágil.

Considerando os sentimentos de medo, raiva e culpa apresentados em suas histórias e entrevistas, não se pode dizer de um relacionamento sexual/conjugal satisfatório e tampouco maduro. Percebe a figura masculina como ameaçadora ao mesmo tempo em que teme perde-la; numa ambivalência que a faz recolher-se à fantasia de (p.n.16) ter uma família feliz e relações interpessoais satisfatórias.

Assim, entendemos que há uma condição de vulnerabilidade nessa jovem, pois se encontra exposta aos diversos sentimentos ambíguos e ambivalentes. E, tanto pela análise do TAT como das entrevistas, foi possível observar que as principais necessidades foram: busca de afetividade, apoio, proteção e aceitação; além de tentativas de elaboração dos conflitos primitivos em relação às imagens materna e paterna evocados. Fato que, ao ser efetivado, permitirá um vínculo mais saudável com o filho, possibilitando também uma relação familiar mais satisfatória. Isso indica, sem dúvida, a necessidade de acompanhamento psicológico preventivo. Neste sentido, reforçamos a importância da prevenção e manutenção da saúde psicológica em jovens adolescentes, e ainda mais na situação gestacional.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**: Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981 (original de 1970).
- ABERASTURY, A. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988 (original 1978).
- BRASIL - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.ht. Acessado em 30/08/2013.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Brasil acelera redução da gravidez na adolescência. 2010. Disponível em: <[http:// portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias). Acesso em: 04/11/ 2012.
- CONTI, F. D.; SOUZA, A. S. L. de. O momento de brincar no ato de contar histórias: uma modalidade diagnóstica. **Psicologia ciência e Profissão**, Brasília , v. 30, n. 1, p. 98-113, 2010 .
- FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. (original de 1958).
- HAMMER, E. F. **Aplicação clínica dos desenhos projetivos**. Trad. E. Nick. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. (original de 1969)

- IBGE. **Sinopse dos resultados do Censo 2010.** Disponível em:
<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 01/10/ 2012.
- LEVANDOWSKI, D. C; PICCININI, C. A; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008 .
- MURRAY, H, A. T. A. T. : **Teste de Apercepção Temática**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (original de 1943).
- OMS **Salud de los adolescentes**, 2013. Disponível em:
<http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/index.html>. Acesso em: 30/01/ 2013.
- ROMERO_RODRIGUEZ, A. C. **Gravidez na adolescência:** Estudo descrito de variáveis psicológicas, sócio demográficas e das relações objetais em adolescentes gestantes e sexualmente ativas.2004. 208 fls. Dissertação (Mestrado Psicologia) – UMESP, São Bernardo do Campo, 2004.
- SILVA, M. C. V. M. **TAT:** aplicação e interpretação do teste de apercepção temática. São Paulo: EPU, 1989.
- TORRES, J.M.A. **A Resposta de Movimento Humano nos Protocolos de Rorschach de Artistas Pintores**. 2009. 67fls. Dissertação (mestrado Psicologia) Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

A PERVERSÃO EM MULHERES – REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO

Wirla França Del ´Aguila¹²⁹

Marck de Souza Torres¹³⁰

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo³

Resumo: Este artigo se propõe a fazer uma reflexão sobre a existência de mulheres perversas e discutir a existência de mulheres estruturalmente perversas a partir da teoria psicanalítica por meio das contribuições de Freud e Lacan. O artigo vai partir do princípio de que a perversão feminina não conota a mesma forma que masculina e igualmente nem a maneira como e outra tomam o corpo como instrumento. Tais questões são pensadas, partindo de fragmentos de um estudo de caso de uma mulher com traços perversos. Entretanto, uma das questões mais discutidas é se há mulher na estrutura perversa, ou se ela é restrita apenas aos homens.

Palavras-Chaves: Perversão, psicanálise, mulher, feminino

INTRODUÇÃO

Alberti (2005) afirma que a perversão é uma estrutura onde o desmentido opera gerando assim uma negação da castração, por conta dessa operação a psicanálise verifica que somente o homem pode assim se estruturar, haja vista que pela ação do fetiche existe então a escotomização do objeto fálico, o sujeito perverso busca evitar lidar com a castração, com o que falta. Ao estudar a perversão, há a dificuldade de isolá-la como uma

¹²⁹ Acadêmica do 10º período Curso de Psicologia Faculdade Barão do Rio Branco

¹³⁰ Mestrando Psicologia Clínica e Cultura- UnB - Professor Curso de Psicologia Faculdade Barão do Rio Branco

³ Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP

estrutura específica distinguindo-a da psicose e da neurose devido à manifestação polimorfo-perversa da sexualidade humana. “o desmentido da castração, a recusa de reconhecer que falta alguma coisa no Outro, por mais que no fundo o sujeito saiba perfeitamente que falta alguma coisa ao Outro” (ALBERTI, 2005 p.27). Entretanto, uma das questões mais discutidas é se há mulher na estrutura perversa

Para Serge André (1995) a perversão não pode ser discutida como uma questão atemporal, que se leve do mesmo modo que há um século, o discurso social de hoje está fortemente marcado pela dimensão perversa que incita o sujeito a acreditar que para cada um existe um gozo acessível, um gozo ligado à possessão ou ao uso de um objeto determinado.

Segundo Freud (1905/ 2006) no pensamento psicanalítico, o menino dissolveria o complexo de Édipo, dissolução que, como em qualquer soluto, como açúcar na água, deixaria, no melhor dos casos, um adoçamento na relação com aqueles que são despojados de tal atributo: as mulheres, a começar pela sua própria mãe, já não mais fálica. Nas meninas, de forma diversa, a percepção da diferença sexual as afasta de suas mães, antes fálicas, poderosas ou completas, em direção àquele que detém o mesmo poder que antes atribuíam às mães: o pai.

PERVERSÃO FEMININA SEGUNDO A PSICANÁLISE

Na tradição psicanalítica, coloca-se a perversão como o ideal desejado pelo neurótico acreditando que nela haveria um acesso mais satisfatório ao gozo, por isso ela habita suas fantasias. Mas, a despeito da fantasia do neurótico ser perversa, de ser a perversão inerente à estrutura do fantasma e de existir em toda criança uma tendência perversa polimorfa, ela continua um problema para diagnóstico, para demanda de análise, para a escuta do analista, e para a direção da cura. Ainda se põem dúvidas quanto à análise de perversos, e não sem razão, pois, na maioria das vezes, os sintomas não se modificam, contudo já se admite a permanência de sujeitos perversos em análise. Eles se sustentam em análise por uma transferência em ato cujos sintomas se articulam, fundamentalmente, ao Outro. (Granoff e Perrier, 1979).

Segundo Freud (1925/2006) a primeira aproximação ao tema da perversão foi instigada pela crença da existência real da cena de sedução, relatada pelas histéricas, portanto pelo discurso feminino. Mais tarde, veio ele descobrir tratar-se de algo da ordem das fantasias. Ao considerar a neurose como o negativo da perversão, ele coloca, de certo modo, os sintomas neuróticos como efeito do repúdio à perversão. A concepção de uma perversão polimorfa na infância se abriu para uma discussão menos moralizante, pois, escutando as histéricas, Freud, gradualmente, foi se desprendendo da concepção das perversões como desvio sexual, e, aos poucos, as inseriu nos processos psicosssexuais e na economia das pulsões.

FETICHIZAÇÃO COMO UM PARADIGMA DAS PERVERSÕES

Segundo Joel Dor (1991) por falta de ser fetichista, a mulher pode sempre se constituir como fetichizada. Estaria aí um dos casos mais exemplares da perversão do narcisismo. A mulher torna-se para ela mesma seu próprio fetiche oferecendo seu corpo ao gozo sexual de um homem. Contudo, a erotização do corpo fetiche só é satisfatória na única condição em que esse corpo é entregue a um homem, destituído de sua atribuição fálica e da referencia à lei que ela supõe; isto é reduzido, neste momento, a uma pura e simples função instrumental. Deste modo se explica, em algumas mulheres, a aptidão para manter relações sexuais não somente com uma multiplicidade inconseqüente de parceiros masculinos, mas ainda com parceiros de uma disparidade incompreensível. O mais vezes, o ecletismo dessas experiências, constantemente renovadas e percebidas sobre o modo da performance ninfomaniaca, não deixa de suscitar, nas congêneres femininas, um assombro inquieto que as deixa estupefatas.

Essa reação é melhor compreendida quando o aspecto espetacular da fetichização do corpo oferecido ao comum mortal, constitui a maior parte do tempo uma sólida defesa contra a homossexualidade.

ESTRUTURA PERVERSA

Alberti (2005) afirma que Freud identificava em 1905 a perversão como a monotonia da satisfação de um desejo pela via do gozo fálico, utilizando apenas um único objeto de

satisfação de um desejo pela via do gozo fálico, utilizando apenas um único objeto de satisfação: o sujeito perverso se limita ao gozo de única e exclusiva maneira.

A perversão como estrutura clínica só se constitui por meio de uma 'tomada de posição' frente à castração, também atuando como uma defesa; o sujeito perverso busca o não encontro com a castração, com o que falta. Não é à toa que Freud denomina de desmentido (*Verleugnung*) o mecanismo utilizado pelos perversos perante o horror da castração, onde a percepção da castração materna é negada. Esse processo, no entanto, não é raro na vida psíquica da criança, mas, se preservado, é o que retorna sob a forma da fantasia na mulher fálica. Diante do confronto com a castração, a criança empreende uma ação muito enérgica para sustentar essa renegação da percepção da realidade. E é a dominância da renegação na orientação da subjetivação que constitui o mecanismo que justifica a perversão como estrutura clínica.

Portanto, é a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo: negação da castração do Outro correspondente às três estruturas clínicas. No caso da perversão, o que se nega é conservado no fetiche.

Lacan (1972/2008) aproximou a mulher da perversão ao afirmar que não há nada mais característico na relação de objeto pré-edipiana do que o nascimento do objeto como fetiche, onde o esquema do fetichismo o exemplifica bem. Neste caso, é importante frisar, a mãe está no lugar do sujeito masculino adotando o quadro das fórmulas da sexuação de Lacan (1972-1973/2008) do sujeito desejante que busca o objeto do seu gozo (a criança). E se o lado mulher não fizer limite à mãe todo-fálica, essa mãe pode fazer do seu filho objeto da sua perversão.

É de suma relevância apontar que quando a mulher não é reduzida ao seu sexo anatômico como ocorre nos outros casos abordados pela própria psicanálise parece possível colocá-la como perversa. Uma mulher, corpo biológico, identificado ao lado masculino, não poderia ser perversa? Uma mulher também pode se aproximar da perversão através do matema de Marie-Jean Sauret, Bernard Nominé e Pierre Bruno (1997 apud Costa, 2010), onde o filho é causa de desejo perverso para a mãe, assim como a mulher é causa de desejo perverso para o homem.

Alberti (2005) afirma que Freud já atentava para o fato que não há pulsão exceto no campo da fala e da linguagem. O perverso está submetido à exigência pulsional para não se deparar com o horror frente ao real traumático da castração, velando, assim, a castração do Outro, pois acredita que esta lhe seria mortal. O encontro com o real é tão insuportável para o perverso que é preferível desmenti-lo.

ESTUDO DE CASO

Apresentaremos a seguir uma vinheta clínica¹³¹: na quarta sessão a paciente relata que tem o desejo sexual por crianças, relata que praticou o abuso sexual quando a criança contava com quatro anos, a mesma é seu sobrinho, também relatou sentir o mesmo desejo pela filha de nove anos de idade. Depois do ocorrido sentiu uma culpa muito forte mais sabia que um dia poderia acontecer novamente. Com a filha o desejo era bem mais forte, ao olhar a criança dançando em sua cabeça essa situação simbolizava um convite ao sexo, a vontade de abusar da filha era mais forte e por muito pouco não aconteceu o abuso.

Para Freud (1905/ 2006), a ideia de que "manifestações perversas" podem estar associadas à histeria ou à neurose obsessiva. Deste modo, pode-se pensar clinicamente a perversão sem a preocupação de defini-la como estrutura ou não: a perversão seria uma "dupla posição" de reconhecimento de que a mãe não tem o falo – posição da qual emerge a angústia da castração – havendo assim a negação deste reconhecimento.

Clavreul (1990) aponta que o reconhecimento da ausência de pênis na mãe ocorre, tanto para a menina quanto para o menino, sob o fundo de uma fantasia partilhada da presença de pênis em todos os seres. Assim, um ponto central da castração é o da aquisição do saber sobre a ausência, aquisição que se faz ao preço de intensas lutas internas. Deste modo, um aspecto fundamental do reconhecimento da diferença entre os sexos está na descoberta, pelo sujeito, qualquer que seja seu sexo biológico, de que sua

¹³¹ Aqui apresentamos a questão do estudo de caso em psicanálise, mas as medidas de notificação ao Conselho Tutelar, bem como de encaminhamento da vítima para atendimento psicológico foram realizados. A criança supracitada hoje tem 9 anos. Com relação ao incesto da filha conseguimos nos atendimentos evitar que ocorresse, hoje a paciente está afastada da filha e permanece em tratamento psicológico.

posição subjetiva anterior repousava principalmente num saber errôneo, "saber enganador":

E essa descoberta é plena de ensinamentos a respeito do que é a fragilidade de uma posição subjetiva, pois se trata não apenas de ter de conhecer uma particularidade anatômica singular, mas contingente, mas também de ter de integrar o fato de que apenas a ausência pode ser causa do desejo (CLAVREUL, 1990 p.127).

Exatamente este ponto constitui, para o autor, a particularidade da formação perversa, pois para o perverso não é uma falta que é a causa do desejo, mas uma presença (o fetiche). Assim, a descoberta da diferença entre os sexos deveria ser a ocasião de uma reinterpretação relativa à causa do desejo e "definitivamente, esta reintegração faltou ao perverso" (Clavreul, 1990 p.127). Assim, para o perverso coloca-se sempre a necessidade de transgredir uma lei, ou, para, além disso, ele recusa a "lei" da castração para tentar substituí-la pela lei do seu desejo. Dessa forma, o objeto-fetiche constitui a presença que o perverso deseja impor para anular a ausência (e o reconhecimento da ausência como causa do desejo).

Freud (1905/ 2006) classificou a pedofilia como sendo a perversão dos indivíduos fracos e impotentes, por se tratar de uma pessoa sexualmente inibida, o agente tende a escolher como parceiro uma pessoa vulnerável, possuindo sobre ela uma ilusão de potência.

O manejo clínico teve como objetivo realizar articulações da vida fantasmática da paciente com o controle dos impulsos, possibilitando uma reflexão frente à erotização com as crianças que a circulavam, a hipótese psicodinâmica gira em torno do sentimento de rejeição que a paciente sofre pela mãe, a mãe sempre deixou claro que não gosta da mesma e o sentimento que a paciente tem em relação a isso é muita raiva, desde o momento em que a paciente entrou em contato com sua própria infância pode retrair a explicitação da sua própria sexualidade. Contudo ficou claro que é necessário que existam mais estudos sobre a possibilidade da perversão na mulher.

CONCLUSÃO

O presente caso propiciou a abertura de reflexões para a metapsicologia da perversão na mulher a partir da clínica. Também é necessário pensar o trabalho psíquico na

condução do tratamento baseando-se em articulações, isto é, nas relações metafóricas e metonímicas sob o sintoma ou sob a sexualidade explícita do sujeito. As articulações permitiam fazer desligar, por exemplo, elementos do sentimento de impotência frente às relações com o outro e com a vida para as atuações pedofílicas e exibicionistas tomadas como impulsivas pela paciente. Podemos visualizar também que a clínica com a pedofilia feminina é rara, e que necessita de cuidados também no que se refere a notificação, e ao acompanhamento das vítimas, nesse caso tais medidas foram realizadas, além da continuidade dos atendimentos psicológicos, bem como da intervenção farmacológica por meio das consultas psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. (2005). **A perversão, o desejo e a pulsão**. Mal-estar e subjetividade. v. 5, n. 2, pp. 341-360. Disponível em: <<http://www.unifor.br/notitia/file/980.pdf>>. Acesso em 10 de Outubro de 2013.
- ANDRÉ, S. (1995). **A impostura perversa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- DOR, Joel- **Estrutura e perversões**/ Joel Dor; trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- CLAVREUL, J. (1990). **O casal perverso**. In: **O desejo e a perversão** (pp. 113-155). Obra coletiva. Campinas: Papyrus.
- FREUD, S. (1920/2006). **Além do princípio de prazer**. In S. Freud, Escritos sobre a psicologia do inconsciente: obras psicológicas de Sigmund Freud (pp. 123-198). Rio de Janeiro: Imago, v. 2. (Trabalho original publicado em 1920).
- FREUD, S. (1905/ 2006). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Obras completas, ESB, v. VII. Rio de Janeiro.
- FREUD, S. (1925). **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In: E.S.B. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro : Imago, 1986. v. 14.
- GRANNOF, W. Perrier, F. **Le désir ET Le féminin**. Paris: Aubier, 1979.
- LACAN, J. (2008). **O seminário. Livro 20. Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).

MULHERES INVÍSIWEIS DESEMBRULHANDO SEUS VÉUS NO SÁBADO SEM BARREIRAS

Fatima Duarte,

Albertina Duarte Takiuti,

Mei Stephanie Yau, Mayara de La Salvoto

Irvany Maria

Bedaque Ferreira Frias

Natalia Maria Pereda

Rosangela Crica Saccheta

Adelson Quantas Padro

Resumo

Objetivo: Este é um estudo quantitativo realizado entre julho de 2012 a maio de 2013, incluindo 51 mulheres deficientes atendidas em Grupo de Atendimento de Pré-Consulta no Programa Sábado sem Barreiras e entrevistadas pela equipe multiprofissional e que responderam voluntariamente a questionário previamente elaborado. **Resultado:** Idade: 10 a 20 anos: 14%, 21 a 30 anos: 22%, 31 a 40 anos: 26%, 41 a 50 anos: 20%, acima dos 50 anos: 18%, 56% brancas, 24% pardas, 12% negros, 8% orientais, 79% solteiras, 11% casadas, 9% viúvas, 2% união estável, 21% tem profissão, 79 % não, 36% analfabetas, 40% não completaram ensino fundamental 4% sim, 9% completaram o ensino médio, 7% completaram o ensino superior, 4% não, 22% das mães são analfabetas, 42% não completaram ensino fundamental 16 % sim; 16 % completaram o ensino médio, 2 % não e 2 % o ensino superior, 29% dos pais são analfabetos, 35 % não completaram ensino fundamental 6 % sim, 24 % completaram o ensino médio, 3% não, 3 % o ensino superior.

Os cadeirantes são 12%, 44% deficientes mentais, 2% auditivos e 4% visuais e 38% outras deficiências; Causa da deficiência, anóxia em 15%, genética 30%, acidente de carro 8%, 33% arma de fogo, 17% outras causas. Uso de medicamentos em 56%, de cigarro 4% e 2% de álcool. 88% das pacientes estão ligadas a serviço público de referencia; 8% vieram ao atendimento sozinhas, 94% acompanhadas, 54% pela mãe, 15% pela irmã(o), 15% por outro familiar, 4% pelo filha(o), 4% pelo marido. 58% realizaram exame ginecológico, 47% tiveram suas mamas examinadas, 49% realizaram Colpocitologia Oncótica, e 40% Mamografia. 17% tem relacionamento amoroso e 17% relacionamento sexual, 13% usam métodos anticoncepcionais. 54% recebem auxílio econômico por parte do Estado. 12% apresentaram dificuldade de acesso à este atendimento. 84% não têm profissão. Pessoas que ajudam 45% mães; que escutam 39% mães. **Conclusão:** A fala das mulheres deficientes jovens e adolescentes se constitui num instrumento para a formulação de políticas públicas das mulheres deficientes.

Palavra-chave: Mulher deficiente; Saúde da mulher deficiente.

Introdução

Sabemos que a saúde é uma construção social e resulta das condições de vida, de emprego, moradia, acesso a terra, a alimentação adequada, supressão da pobreza, em ambiente saudável e saneado, com segurança pública, lazer, cultura, autoestima, autoconhecimento e informação. A saúde é fator básico de cidadania e parte da dimensão social do desenvolvimento da sociedade, das mulheres e dos movimentos feministas.

Em 1988 a luta pela redemocratização do país no âmbito da saúde se deu com grande participação dos profissionais de saúde, sociedade civil, mulheres e dos movimentos feministas e desaguou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrevendo o direito à saúde pública como direito universal de todos os brasileiros, sendo responsabilidade do Estado garanti-lo como integralidade e equidade, com atenção

completa à saúde e com iguais oportunidades de acesso. É de todos brasileiros e tem controle social através da participação popular nas Conferências e Conselho de Saúde

As mulheres brasileiras lutaram pela autonomia sobre o corpo, sexualidade e reprodução, por sua emancipação e pela democracia, construíram o Pacto da Saúde Integral das Mulheres (PAISM) colaboraram para que a violência doméstica fosse considerada uma questão de saúde pública, que o aborto legal pudesse ter atendimento público e humanizado.

Este artigo tem o propósito de relatar experiências desenvolvidas em ambientes multidisciplinares com narrativas de equipe multiprofissionais focadas no atendimento de pacientes deficientes do sexo feminino, como recursos geradores e socializadores de conhecimento.

Elas têm lugar nas salas do Hospital Perola Byington na cidade de São Paulo, Brasil, e se denomina Sábado Sem Barreiras, e faz parte do programa de atendimento ao adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

É uma atividade que ocorre no último sábado de cada mês, gratuita e aberta às mulheres deficientes. As consultas são agendadas por telefone. As pacientes são recebidas e primeiramente encaminhadas a um grupo chamado Grupo de Acolhimento pré-consulta onde são abordados temas como saúde, deficiência, feminilidade, cotidiano de suas vidas, sonhos, conhecimento e consciência do próprio corpo, sexualidade, reprodução, maternidade. Dele fazem parte pacientes, acompanhantes e a equipe multidisciplinar formada por psicólogos, nutricionistas, estudantes de medicina, médicos, enfermeiros e naturólogos.

Além da consulta ginecológica, são realizados exames laboratoriais, Colpocitologia Oncótica, Ultrassonografias e Mamografias. É um serviço pioneiro no Estado, com equipamentos adaptados como mesa ginecológica e mamógrafo regulável e equipe de enfermagem treinada para o atendimento adolescência normal.

O Programa de Saúde do Adolescente visa a implantação e implementação de uma política pública universalizada de juventude na área da saúde, com atendimento integral para jovens de ambos os sexos de 10 a 20 anos de idade.

A adolescência é uma etapa da vida de grande criatividade e o adolescente deve ter seu potencial criador apoiado e estimulado. O projeto de vida na adolescência poderá ser facilitado ou dificultado pelas possibilidades que o meio possa oferecer.

O atendimento integral desenvolvido pelo Programa de Saúde Integral do Adolescente de São Paulo baseia-se em políticas modernas de saúde pública que priorizam a prevenção.

O desenvolvimento psicológico segundo Maurício Knobel, a adolescência é uma fase evolutiva do ser humano e deve ser considerada a partir dos vértices biológico, psicológico e social.

Entretanto, deve-se marcar claramente que ela não é um simples produto de um tipo de sociedade ou sistema sóciopolítico, nem situação ligada a determinado nível sócio-econômico e sim uma parte ou período fundamental de todo o processo de desenvolvimento humano, no qual os fatores sócio-político-econômicos participam de forma intensa.

As manifestações externas de conduta são culturalmente diferentes; porém, os psicodinamismos e a base do comportamento, assim como também muitas condutas manifestas são essencialmente as mesmas.

Os adolescentes em sua busca de uma identidade adulta passam por um período “turbulento” (variável segundo o seu ecossistema sócio-familiar), onde comportamentos considerados anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta.

A síndrome da Adolescência Normal se apresenta com as seguintes características de comportamento:

Busca de si mesmo e da identidade adulta, mediante a elaboração dos lutos característicos desta fase evolutiva; A tendência grupal, ou necessidade de formar grupos de coetâneos; Necessidade de intelectualizar e fantasiar com o imaginário e a saída do presente; As crises religiosas, ou questionamento das religiões e da religiosidade; A distemporalidade; A evolução sexual desde o auto-erotismo até a genitalidade; Atitude social reivindicatória, agressiva e violenta; Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; Separação dos pais; Constantes flutuações do humor e do estado de animo, com base de predomínio depressivo.

Sabemos que a geração e socialização do conhecimento são capazes de atuar na transformação da realidade, esteja ele assentado em ambientes formais, informais ou não formais, ou seja, que tenha compromisso com seu tempo social (Boaventura de Souza Santos, 2004).

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento a longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade e igualdade de condições com as demais pessoas (Convenção sobre o direito das pessoas com deficiência, 2008).

De acordo com os dados divulgados pela Organização das Nações Unidas, estima-se que mais de 650 milhões de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência, é a maior minoria. No Brasil, 14,5 por cento da população, ou 24,5 milhões de pessoas apresentam algum grau de deficiência ou limitação, desde alguma dificuldade para andar, ouvir ou enxergar, até as graves lesões incapacitantes.

Grande parcela desta população está exposta a situações de marginalização, de privação de liberdade e oportunidades e violação de seus direitos fundamentais.

A construção do conceito da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e esta estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco, sobretudo no contexto da epidemia do HIV/Aids. Conceito amplo e complexo implica em considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como a resultante de um

conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade não “culpabiliza a pessoa”, mas considera-a em seu contexto de vida social e histórico.

A noção de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um ser plural, construído nas dimensões social, político-institucional e pessoal, e, a partir daí, identificar questões que podem incrementar a vulnerabilidade dos indivíduos e aumentar o risco de exposição ao evento, tais como: as desigualdades de gênero e idade que interagem com a discriminação e as desigualdades sociorraciais, étnicas e econômicas, as condições de vida e saúde; o acesso ou não a informação; a insuficiência de políticas públicas em saúde e educação / ou o acesso restrito aos benefícios destas políticas, etc (BRASIL, 2007).

A deficiência é um fator constituinte ou agravante da vulnerabilidade no campo da saúde. A pessoa com deficiência experimenta situações frequentes e variadas de desvantagens pessoais, grupais e sociais, tais como baixa autoestima, rejeição familiar e grupal, baixa escolaridade, desinformação em geral, desemprego ou subemprego, falta de acesso e acessibilidade, consolidando um ciclo de exclusão social.

A área da saúde sexual é mais um campo onde diferentes fatores de vulnerabilidade se sobrepõem.

O fenômeno da invisibilidade social é um dos fatores de agravamento da vulnerabilidade das pessoas com deficiência, razão pela qual ainda hoje se tenha que reiterar o direito das pessoas expressarem seus desejos sexuais e exercerem sua sexualidade.

Mulheres com deficiência apresentam três vezes mais risco de serem estupradas que mulheres sem deficiência; 70 por cento de jovens com deficiência intelectual sofrem abuso sexual (Banco Mundial/ Universidade de Yale, 2006). No abuso sexual, a deficiência dá confiança ao agressor, ele sabe que a denúncia, a descoberta e a punição praticamente inexistem (Ferreira, 2008). Em muitos países, são frequentes as crenças de que os homens não são vítimas de abuso sexual, isso é errado, pois eles sofrem abuso sexual de agressores de ambos os sexos, masculino e feminino e por esse motivo, a informação acessível e programas de

intervenção são importantes tanto para homens quanto para mulheres com deficiência (United Nations Population Fund, 2008).

É preciso evitar que pessoas deficientes sejam usadas como objeto sexual, enfatizando-se o direito de preservar a integridade física e moral. O apoio da família, amigos, profissionais de saúde e sociedade civil é fundamental para sua superação e deve fazer parte de programas de proteção no plano individual e social.

A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por fatores ambientais e os problemas físicos e mentais tem menor influência sobre a sexualidade do que a integração social.

Ainda há crenças de que jovens com deficiência não são sexualmente ativos; de que problemas quanto à expressão sexual do deficiente ocorrem em função da sua deficiência; de que pais de deficientes proporcionam educação sexual para seus filhos; de que suas aspirações sociais e sexuais são diferentes das de seus pares, elas querem casar, ter filhos, ter relações sexuais, mas têm menos oportunidades de explorar a relação com seus semelhantes, dificultando o alcance de suas aspirações.

O conhecimento de atitudes saudáveis em relação ao corpo e às funções desse corpo levam a um comportamento social apropriado.

Os deficientes são diferentes na sua capacidade de aprendizado, na sua capacidade de dependência, na sua estabilidade emocional e na sua habilidade social, mas apesar das diferenças, quase todos são capazes de aprender e desenvolver algum nível de habilidade social e conhecimento sexual.

Os profissionais de saúde devem conversar sobre a sexualidade do deficiente e reforçar que o isolamento diminui a informação sobre reprodução, contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e saber que jovens com deficiência são vulneráveis a assédios sexuais.

O corpo é o que possuímos de mais privado, todavia, simultaneamente também é o que temos de mais público. É por meio dele que nos mostramos e nos relacionamos com os outros. Pelo corpo somos percebidos, aprovados ou reprovados (Ana Rita de Paula, 1993).

O corpo é a representação máxima da condição humana.

A pessoa com deficiência é vista como incapaz desprovida de vontade, de gosto, de inteligência e de sexualidade e necessita de ajuda em todos os campos de sua vida, digna de pena e merecedora de ajuda.

O homem é visto como impotente incapaz de amar. A mulher é vulnerável, passiva, dependente, assexuada ou infantilizada.

Na mulher o impacto da deficiência atinge a sexualidade na sua imediatividade, ou seja, na aparência.

É através do uso da linguagem que damos sentido às coisas que nos cercam.

A Introdução desse trabalho é exatamente igual ao outro Caligrafando – é melhor fazer essa referência – explicando que se trata de um trabalho relacionado ao outro – ou mudar algo aqui)

Objetivo

O objetivo deste trabalho é a identificação de realidade de mulheres deficientes atendidas no Projeto Sábado Sem Barreiras e que os dados desta realidade para o conhecimento desta realidade possa servir na elaboração de práticas de saúde.

Método

Este é um estudo quantitativo realizado entre julho de 2012 e maio de 2013, incluindo 51 mulheres deficientes atendidas no programa Sábado sem Barreiras. Estas mulheres atendidas em grupo foram entrevistadas pela equipe multiprofissional e

responderam voluntariamente a questionário previamente elaborado. Foram interrogadas sobre: idade, cor, estado civil, sua escolaridade e dos pais, profissão, se veio acompanhada ou não ao serviço, sobre auxílio econômico, tipo e causa da deficiência, ano do seu diagnóstico, uso de álcool, cigarro, medicamentos, serviços de referência de atendimento, consulta ginecológica prévia, exame clínico de mamas, realização de exames como Colpocitologia Oncótica, Mamografia. Sobre o atendimento no projeto Sábado sem Barreiras, foram perguntadas questões como acessibilidade, expectativas em relação ao atendimento, expectativas de vida, sobre quem mais as ajudam, quem mais as escutam, sobre relacionamento amoroso e sexual e uso de anticoncepcionais.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Toda análise dos 51 questionários foi feita no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies). As mulheres incluídas no estudo foram informados dos objetivos do trabalho.

Resultados

Este é um estudo quantitativo realizado entre julho de 2012 e maio de 2013, incluindo 51 mulheres deficientes atendidas no programa Sábado sem Barreiras. Estas mulheres atendidas em grupo foram entrevistadas pela equipe multiprofissional e responderam voluntariamente a questionário previamente elaborado.

Idade: 10 a 20 anos: 14%, 21 a 30 anos: 22%, 31 a 40 anos: 26%, 41 a 50 anos: 20%, acima dos 50 anos: 18%

Das mulheres atendidas, 56% eram brancas, 24% pardas, 12% negros, 8% orientais, 79% solteiras, 11% casadas, 9% viúvas, 2% união estável, 21% declararam terem profissão, enquanto e 79 % não.

Em relação a escolaridade, 36% se declaravam analfabetas, 40% não completaram ensino fundamental enquanto 4% sim, 9% completaram o ensino médio, 7% completaram o ensino superior, 4% não.

22% das mães se declaravam analfabetas, 42% não completaram ensino fundamental enquanto 16 % sim, 16 % completaram o ensino médio, 2 % não e 2 % o ensino superior.

29% dos pais se declaravam analfabetas, 35 % não completaram ensino fundamental enquanto 6 % sim, 24 % completaram o ensino médio, 3% não, 3 % o ensino superior.

Os cadeirantes foram encontrados em 12%, 44% são deficientes mentais, 2% auditivos e 4% visuais e 38% outras deficiências.

Como causa da deficiência interrogada, anóxia apareceu em 15%, genética em 30%, acidente de carro em 8%, 33% arma de fogo, 17% outras causas.

O uso de medicamentos apareceu em 56% das entrevistadas, enquanto consumo de cigarro em 4% e 2% de álcool.

Quanto ao serviço de referência, 88% das pacientes estão ligadas a serviço público, 8% vieram ao atendimento sozinhas, 94% acompanhadas, 54% pela mãe, 15% pela irmã(o), 15% por outro familiar, 4% pelo filho(o), 4% pelo marido.

58% já realizaram exame ginecológico, 47% já tiveram suas mamas examinadas, 49% realizaram Colpocitologia Oncótica, e 40% Mamografia.

17% das mulheres têm relacionamento amoroso e 17% relacionamento sexual, 13% usam métodos anticoncepcionais.

54% recebem auxílio econômico por parte do Estado (Loas - R\$ 678,00 ou US 302,07)

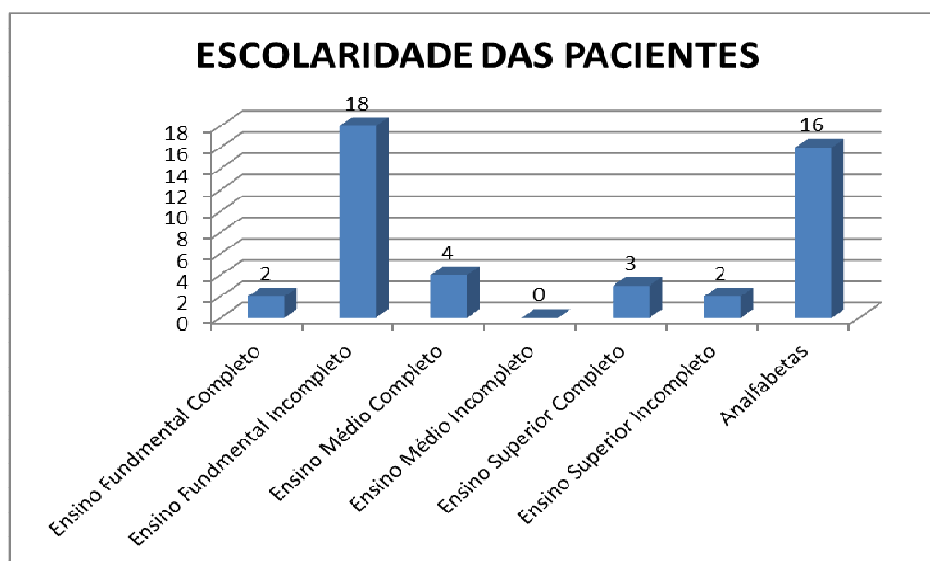
12% apresentaram dificuldade de acesso à este atendimento.

84% não têm profissão

As mães foram as que mais escultavam (39%) e ajudavam (45%).

Escolaridade das pacientes

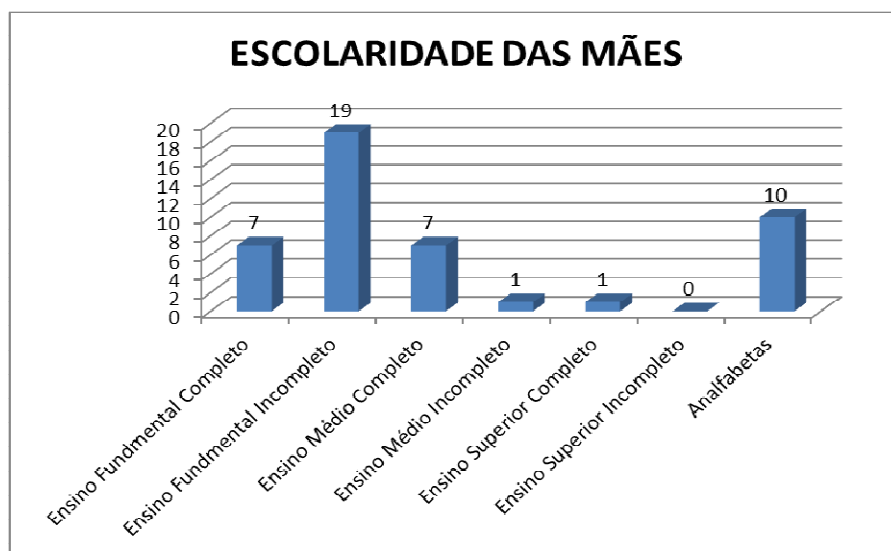
Ensino fundamental completo:	02	4%
Ensino fundamental incompleto:	18	40%
Ensino médio completo:	04	9%
Ensino médio incompleto:	0	0%
Ensino superior completo:	03	7%
Ensino superior incompleto:	02	4%
Analfabeto:	16	36%



Escolaridade da mãe

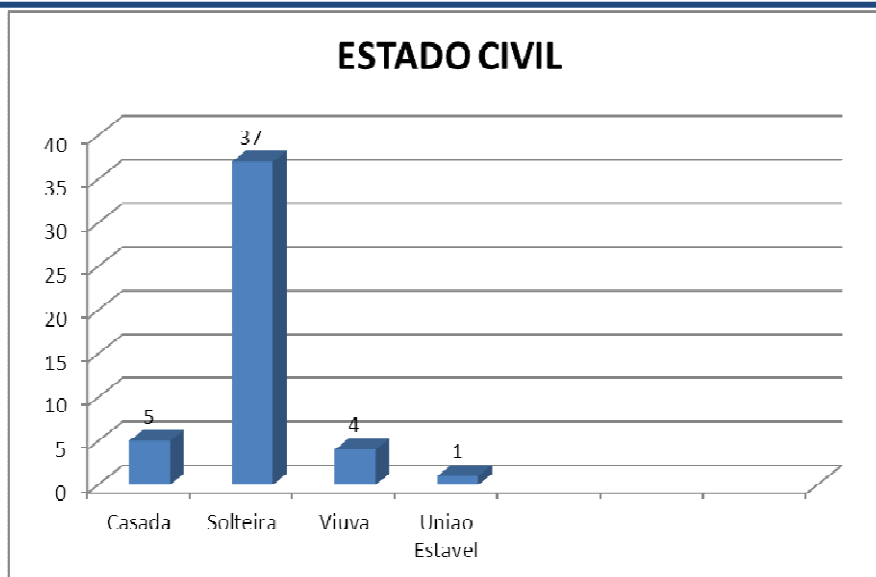
Ensino fundamental completo:	07	16%
Ensino fundamental incompleto:	19	42%

Ensino médio completo:	07	16%
Ensino médio incompleto:	01	2%
Ensino superior completo:	01	2%
Ensino superior incompleto:	0	0%
Analfabeto:		



Estado civil

Casada	5	11%
Solteira	37	79%
Viúva	4	9%
União estável	1	2%



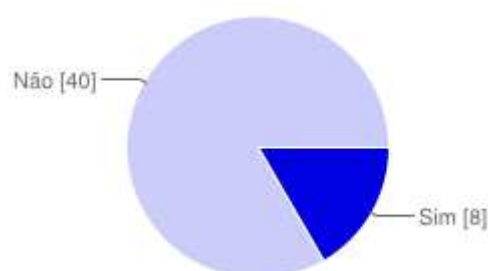
Auxílio econômico

SIM: 27 54%

NÃO: 23 46%

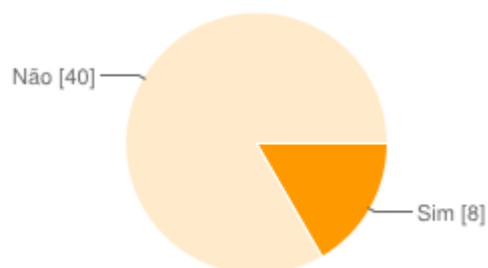
Relacionamento amoroso

SIM: 08 17% NÃO: 40 83%



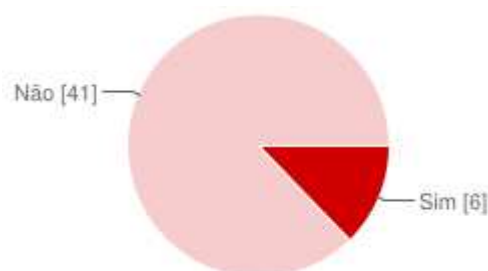
Relacionamento sexual

SIM: 08 17% NÃO: 40 83%



Usa método anticoncepcional

SIM: 06 13% NÃO: 41 87%



Discussão

Das pacientes estudadas 35% tem idade menor que 30 anos e 61% menor que 40 anos. Este dado é importante, pois uma parcela significativa de mulheres deficientes não se profissionalizou e não teve escolaridade até os 30 anos. Para homens e mulheres, a partir de 30 anos, o acesso a políticas educacionais e de profissionalização que determinem a independência econômica é dificultado, em um mercado de trabalho cada vez mais jovem e exigente.

A maioria das mulheres deficientes atendidas pertencem à raça branca, 56%, este dado está em consonância com a estatística de que a maioria da população brasileira é branca, com aumento significativo da participação de outras raças e etnias no segmento populacional do Brasil, 24% pardas, 12% negras, 8% orientais.

A maioria das pacientes estudadas são solteiras, 83% não têm relacionamento amoroso, 83% não tem relacionamento sexual e 87% não usam métodos anticoncepcionais, dados que revelam a invisibilidade desta população de mulheres, que possuem maior dificuldade de estarem além do espaço privado e criar novos relacionamentos para que deles surjam novas relações interpessoais.

Em relação à escolaridade, 76% das pacientes atendidas são analfabetas (40%) ou não completaram o ensino fundamental (40%). Esse mesmo dado nas mães é de 64%, 22% analfabetas e 42% não completaram o ensino fundamental. Há inúmeros estudos que mostram que a escolaridade da mãe é o fator mais modificador na escolaridade das filhas, mostrando a repetição de ciclos de pobreza e imobilidade social, a mãe que não estuda não faz a filha estudar.

4% das pacientes completaram o ensino superior, esse dado é semelhante nas mães com 3%. A população com diploma universitário no Brasil, apesar de ter aumentado na última década ainda é menor do que em países com taxas de crescimento econômicos semelhantes, e nesse segmento é menor ao compararmos com outros.

A escola como espaço público integrador de experiências pessoais e facilitador de novas conquistas está ausente na grande maioria das mulheres estudadas. Como romper

sozinhas com um ciclo de exclusão e marginalidade? A Universidade é um espaço quase inatingível para elas. Hoje se sabe que o estudo é o fator que mais incide no aumento da expectativa salarial da população. Jovens que ingressam na Universidade ganham até dez vezes mais do que seus pais que não o fizeram. Baixa escolaridade e baixos salários perpetuam o ciclo de pobreza, violência, injustiça e marginalidade. O homem reconhece o que ele conhece.

As mulheres estudadas nunca realizaram exame ginecológico em 42% das vezes, não examinaram suas mamas em 53% e não realizaram Colpocitologia Oncótica em 49% das vezes, apesar de 88% das pacientes estarem ligadas à algum serviço público de referência.

Estes dados levam a reflexão de que as mulheres deficientes, apesar de serem atendidas em sua especificidade, não são vistas em sua totalidade na qual se prevê o atendimento das mulheres em todas as fases da vida, com direito ao conhecimento sobre seu próprio corpo e naturalização dos direitos sexuais e reprodutivos.

58% da população estudada já realizou exames ginecológicos concordando com o dado que 47% tiveram suas mamas palpadadas, e que 49% realizaram Colpocitologia Oncótica e 40% Mamografia.

Apesar de 44% das pacientes estudadas se declararem deficiente mental, 12% cadeirantes, 4% deficientes visuais, 2% deficientes auditivos, 56% usarem medicamentos, estes dados não justificam a baixa escolaridade.

Como causa da deficiência chama atenção anóxia do parto presente em 15% das mulheres estudadas e causa genética em 30% delas. A mortalidade materna é um indicador que revela como um país trata as suas mulheres, é evitável em 98% das vezes, como mostra a Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a mortalidade materna em 2006, onde 90% destas mulheres ganha até dois salários mínimos e vivem na periferia das grandes cidades. O pré-natal e assistência ao parto são peças importantes e interligadas que se refletem na diminuição da mortalidade e morbidade perinatais, por outro lado, vivemos em um momento de grande avanço tecnológico na medicina obstétrica, onde,

doenças podem ser prevenidas e tratadas antes do nascimento. Como foi o pré -natal e o parto dessas mulheres?

O acidente de carro apareceu em 8% das causas de deficiência, enquanto o atropelamento em 3% e acidente com arma de fogo 3%. No estado de São Paulo, entre mulheres de 25 a 39 anos, a primeira causa de morte são causas externas, não sendo computado o impacto social daquelas que sobrevivem. No Brasil a desigualdade social na ocupação do espaço urbano é expressa na morte violenta. A primeira causa de morte entre homens jovens de 15 a 29 anos, em todas as regiões é morte violenta, homicídio, acidente de trânsito e violência policial. Entre as mulheres, as maiores taxas de morte por agressão ocorrem entre 15 e 29 anos.

O consumo de cigarros apareceu em 4% das mulheres e 2% de álcool. Apesar de revelarem boas práticas de saúde podem demonstrar a dificuldade de acesso à espaços públicos, as relações interpessoais e à socialização. O consumo de álcool e cigarro é mais frequente em espaços coletivos em todas as idades, relacionado com diversão, alegria, sexualidade, dança e amizades.

54% das mulheres recebem auxílio econômico por parte do Estado e ao mesmo tempo em que são dependentes em relações familiares, também são parte integrante da renda dessas famílias. Quem depende de quem? Em muitas delas é este auxílio que compõe a maior parte ou a totalidade da renda familiar. Muitas das mães não trabalham e exercem o papel de cuidadoras de outras mulheres. Este auxílio econômico não as torna empoderadas para realizarem novos projetos. 76% são analfabetas ou não completaram o ensino fundamental e 84% não têm profissão, reforçando o papel assistencialista do Estado brasileiro.

78% das mulheres não apresentaram dificuldade de acesso a este atendimento, dado que revela o acerto da eleição do projeto Sábado sem Barreiras como necessário pela Equipe do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

As mulheres deficientes compareceram acompanhadas a este serviço em 94%, e sozinhas em 6% revelando a ausência de independência deste segmento populacional historicamente marginalizado na sociedade.

Compareceram ao Sábado Sem Barreiras acompanhadas pela mãe em 54% e 4% pelo marido.

São as mães, que além de acompanharem suas filhas ao atendimento são elas as que mais as escutam em 39% e as que mais as ajudam em 45%. Há inegavelmente a feminilização dos cuidados com a mulher deficiente. A mulher deficiente é cuidada na sua casa por outra mulher que em muitas vezes depende economicamente da mulher deficiente.

As experiências no campo social que privilegiam o acesso mais equânime ao conhecimento precisam ser conhecidas, reconhecidas e expandidas, de modo a estimularem o surgimento de novas iniciativas e aumentarem as expectativas de resultado a curto prazo.

Os significados são constantemente produzidos e reproduzidos e podem também ser modificados. Assim a sociedade que hoje ainda dá um valor negativo à pessoa deficiente pode mudar de idéia através de novas representações que criam novos significados.

Com este trabalho podemos refletir sobre recomendações dentro da lógica do princípio da equidade “tratar de forma diferente os diferentes”, com políticas específicas. Estas políticas seguiriam diretrizes de políticas centralizadas, mas levariam em consideração as necessidades identificadas onde vivem as adolescentes.

Dentro do princípio de promoção à saúde, focar o desenvolvimento da capacidade das adolescentes e jovens para que se fortaleça a sua independência e para que possam fazer escolhas mais saudáveis compatíveis com seu projeto de vida.

(Na discussão é sempre adequado fazer alguma referência aos textos citados na Introdução – você fez uma excelente descrição dos resultados, mas discussão tem a ver com essas relações com os dados da literatura)

Referencias bibliográficas

- ABERASTURY, A., KNOBEL, M. et. al., “Adolescência Normal”. 10ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- BRASIL , *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, 2008
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). *Censo Demográfico – características da população e dos domicílios: resultados do universo: 2010*
- BRASIL. *Populações sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais*. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República: Brasil. 2008
- CERTEZA, L.M.. Sexualidade E Deficiência. (completar)
- CITELLI, A. Comunicação e educação: convergências educacionais. Comunicação, mídia e consumo, vol 7(19), 67-85. 2010
- GHERPELI, M. Helena Brandão. Deficiente mas não desigual. . (completar)
- KNOBEL, M., PERRESTELLO, M. E UCHÔA, D. M., “A Adolescência e a Família Atual”. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1981.
- LEVISKY, D. L. et. al., “Adolescência e Violência. Consequências da Realidade Brasileira”. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
- MARTINS, J. A. B.i. Aspectos da Identidade na experiência da Deficiente Física: Um Olhar Sócio Antropológico. (completar)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International. 2012.
- PAULA, A. R.. Sexualidade e Referência Rompendo o Silêncio., 1993 (completar)

- REGO, S., PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1755-1760. , 2006
- SABBATINI, M- Alfabetização e Cultura Científica: conceitos convergentes? *Revista Digital Ciência & Comunicação*, 1(1). , 2004
- SANTOS, B. S.. *Conhecimento Prudente para Vida Decente*. São Paulo: Cortez Editora., 2004
- SOARES, I. O. Metodologia da Educação para a Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina. In Baccega, M. A. *Gestão de Processos Comunicacionais* (p. 113-132). São Paulo: Atlas., 2002
- TAKIUTI, A. D., “*Utopia? Análise de um modelo de atenção integral a saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*” – Rio de Janeiro: Artes e Contos.
- TAKIUTI, A. D., *A adolescente está ligeiramente grávida. E agora?* São Paulo, Iglu, 1989.
- TIBA, I., “*Puberdade e Adolescência*”. *Desenvolvimento Biopsicossocial Agora*, São Paulo, 1987.
- VOGT, C. A espiral da cultura científica. In: *Boletim de Idéias* 03 (PP. 5-6). FAPESP: São Paulo., 2005

MULHERES INVÍSÍVEIS E SUAS FALAS CALIGRAFADAS NO SÁBADO SEM
BARREIRAS

Fatima Duarte,

Albertina Duarte Takiuti,

Mei Stephanie Yau

Mayara de La Salvoto,

Irvany Maria Bedaque Ferreira Frias,

Natalia Maria Pereda,

Rosangela Crica Saccheta,

Adelson Quantas Padro

Resumo

Objetivo: Descrever falas de mulheres deficientes jovens adolescentes sobre atendimento, expectativas e rotina de suas vidas, atendidas no Projeto Sábado Sem Barreiras do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em Grupo de Atendimento Pré-Consulta e relacionar estas falas com Síndrome da Adolescência Normal. **Métodos:** Foram selecionadas 12 mulheres deficientes jovens e adolescentes de 13 a 25 anos entre 51 entrevistadas através de questionário no período de julho/2012 a maio/2013 no Hospital Perola Byington, São Paulo, Brasil. **Resultados:** As falas revelaram expectativa positiva em relação à criação de um espaço onde elas possam ser atendidas em suas necessidades. O espaço privado tem significado maior que o espaço público, a maioria não frequenta escola e fica em casa. **Conclusão:** A fala das mulheres deficientes jovens e adolescentes se constitui num instrumento para a formulação de políticas públicas das mulheres deficientes.

Palavras-chave: Mulher deficiente, Grupo de atendimento

Introdução

Sabemos que a saúde é uma construção social e resulta das condições de vida, de emprego, moradia, acesso a terra, a alimentação adequada, supressão da pobreza, em ambiente saudável e saneado, com segurança pública, lazer, cultura, autoestima, autoconhecimento e informação. A saúde é fator básico de cidadania e parte da dimensão social do desenvolvimento da sociedade, das mulheres e dos movimentos feministas.

Em 1988 a luta pela redemocratização do país no âmbito da saúde se deu com grande participação dos profissionais de saúde, sociedade civil, mulheres e dos movimentos feministas e desaguou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrevendo o direito à saúde pública como direito universal de todos os brasileiros, sendo responsabilidade do Estado garanti-lo como integralidade e equidade, com atenção completa à saúde e com iguais oportunidades de acesso. É de todos brasileiros e tem controle social através da participação popular nas Conferências e Conselho de Saúde.

As mulheres brasileiras lutaram pela autonomia sobre o corpo, sexualidade e reprodução, por sua emancipação e pela democracia, construíram o Pacto da Saúde Integral das Mulheres (PAISM) colaboraram para que a violência doméstica fosse considerada uma questão de saúde pública, que o aborto legal pudesse ter atendimento público e humanizado

Este artigo tem o propósito de relatar experiências desenvolvidas em ambientes multidisciplinares com narrativas de equipe multiprofissionais focadas no atendimento de pacientes deficientes do sexo feminino, como recursos geradores e socializadores de conhecimento.

Elas têm lugar nas salas do Hospital Perola Byington na cidade de São Paulo, Brasil, e se denomina Sábado Sem Barreiras, e faz parte do programa de atendimento ao adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

É uma atividade que ocorre no ultimo sábado de cada mês, gratuita e aberta a mulheres deficientes. As consultas são agendadas por telefone. As pacientes são recebidas e primeiramente encaminhadas á um grupo chamado Grupo de Acolhimento Pré-Consulta onde são abordados temas como saúde, deficiência, feminilidade, cotidiano de suas vidas, sonhos, conhecimento e consciência do próprio corpo, sexualidade, reprodução, maternidade. Dele fazem parte pacientes, acompanhantes e a equipe multidisciplinar formada por psicólogos, nutricionistas, estudantes de medicina, médicos, enfermeiros e naturólogos.

Além da consulta ginecológica, são realizados exames laboratoriais, Colpocitologia Oncótica, Ultrassonografias e Mamografias. É um serviço pioneiro no Estado, com equipamentos adaptados como mesa ginecológica e mamógrafo regulável e equipe de enfermagem treinada para o atendimento adolescência normal.

O Programa de Saúde do Adolescente visa a implantação e implementação de uma política pública universalizada de juventude na área da saúde, com atendimento integral para jovens de ambos os sexos de 10 a 20 anos de idade..O atendimento integral desenvolvido pelo Programa de Saúde Integral do Adolescente de São Paulo basea-se em políticas modernas de saúde publica que priorisãm a prevenção.

A adolescência é uma etapa da vida de grande criatividade e o adolescente deve ter seu potencial criador apoiado e estimulado.O projeto de vida na adolescência poderá ser facilitado ou dificultado pelas possibilidades que o meio possa oferecer. O desenvolvimento psicológico segundo Maurício Knobel,(1971) a adolescência é uma fase evolutiva do ser humano e deve ser considerada a partir dos vértices biológico, psicológico e social. Entretanto, deve-se marcar claramente que ela não é um simples produto de um tipo de sociedade ou sistema sóciopolítico, nem situação ligada a determinado nível sócio-econômico e sim uma parte ou período fundamental de todo o

processo de desenvolvimento humano, no qual os fatores sócio-político-econômicos participam de forma intensa.

As manifestações externas de conduta são culturalmente diferentes; porém, os psicodinamismos e a base do comportamento, assim como também muitas condutas manifestas são essencialmente as mesmas. Os adolescentes em sua busca de uma identidade adulta passam por um período “turbulento” (variável segundo o seu ecossistema sócio-familiar), onde comportamentos considerados anormais ou patológicos em outras fases do desenvolvimento devem ser considerados normais nessa transição para a vida adulta. A síndrome da Adolescência Normal se apresenta com as seguintes características de comportamento: (Aberastury e Knobel, 1992)

Busca de si mesmo e da identidade adulta, mediante a elaboração dos lutos característicos desta fase evolutiva; A tendência grupal, ou necessidade de formar grupos de coetâneos; Necessidade de intelectualizar e fantasiar com o imaginário e a saída do presente; As crises religiosas, ou questionamento das religiões e da religiosidade; A distemporalidade; A evolução sexual desde o auto-erotismo até a genitalidade; Atitude social reivindicatória, agressiva e violenta; Contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; Separação dos pais; Constantes flutuações do humor e do estado de animo, com base de predomínio depressivo.

Sabemos que a geração e socialização do conhecimento são capazes de atuar na transformação da realidade, esteja ele assentado em ambientes formais, informais ou não formais, ou seja, que tenha compromisso com seu tempo social (Santos, 2004).

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento a longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade e igualdade de condições com as demais pessoas . De acordo com os dados divulgados pela Organização das Nações Unidas, estima-se que mais de 650 milhões de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência, é a maior minoria. No Brasil, 14,5 por cento da população, ou 24,5 milhões de pessoas apresentam algum grau de deficiência ou

limitação, desde alguma dificuldade para andar, ouvir ou enxergar, até as graves lesões incapacitantes.

Grande parcela desta população está exposta a situações de marginalização, de privação de liberdade e oportunidades e violação de seus direitos fundamentais. A construção do conceito da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco, sobretudo no contexto da epidemia do HIV/Aids. Conceito amplo e complexo implica em considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade não “culpabiliza a pessoa”, mas considera-a em seu contexto de vida social e histórico.

A noção de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um ser plural, construído nas dimensões social, político-institucional e pessoal, e, a partir daí, identificar questões que podem incrementar a vulnerabilidade dos indivíduos e aumentar o risco de exposição ao evento, tais como: as desigualdades de gênero e idade que interagem com a discriminação e as desigualdades sociorraciais, étnicas e econômicas, as condições de vida e saúde; o acesso ou não à informação; a insuficiência de políticas públicas em saúde e educação / ou o acesso restrito aos benefícios destas políticas, etc (BRASIL, 2007).

A deficiência é um fator constituinte ou agravante da vulnerabilidade no campo da saúde. A pessoa com deficiência experimenta situações frequentes e variadas de desvantagens pessoais, grupais e sociais, tais como baixa autoestima, rejeição familiar e grupal, baixa escolaridade, desinformação em geral, desemprego ou subemprego, falta de acesso e acessibilidade, consolidando um ciclo de exclusão social.

O fenômeno da invisibilidade social é um dos fatores de agravamento da vulnerabilidade das pessoas com deficiência, razão pela qual ainda hoje se tem que reiterar o direito das pessoas expressarem seus desejos sexuais e exercerem sua sexualidade. Mulheres com deficiência apresentam três vezes mais risco de serem estupradas que mulheres sem deficiência; 70 por cento de jovens com deficiência intelectual sofrem abuso sexual

No abuso sexual, a deficiência dá confiança ao agressor, ele sabe que a denuncia, a descoberta e a punição praticamente inexistem (Ferreira, 2008). Em muitos países, são frequentes as crenças de que os homens não são vítimas de abuso sexual, isso é errado, pois eles sofrem abuso sexual de agressores de ambos os sexos, masculino e feminino e por esse motivo, a informação acessível e programas de intervenção são importantes tanto para homens quanto para mulheres com deficiência (United Nations Population Fund, 2008).

É preciso evitar que pessoas deficientes sejam usadas como objeto sexual, enfatizando-se o direito de preservar a integridade física e moral. O apoio da família, amigos, profissionais de saúde e sociedade civil é fundamental para sua superação e deve fazer parte de programas de proteção no plano individual e social. A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por fatores ambientais e os problemas físicos e mentais tem menor influência sobre a sexualidade do que a integração social.

Ainda há crenças de que jovens com deficiência não são sexualmente ativos; de que problemas quanto à expressão sexual do deficiente ocorrem em função da sua deficiência; de que pais de deficientes proporcionam educação sexual para seus filhos; de que suas aspirações sociais e sexuais são diferentes das de seus pares, elas querem casar, ter filhos, ter relações sexuais, mas têm menos oportunidades de explorar a relação com seus semelhantes, dificultando o alcance de suas aspirações.

O conhecimento de atitudes saudáveis em relação ao corpo e às funções desse corpo levam a um comportamento social apropriado. Os deficientes são diferentes na sua capacidade de aprendizado, na sua capacidade de dependência, na sua estabilidade emocional e na sua habilidade social, mas apesar das diferenças, quase todos são capazes de aprender e desenvolver algum nível de habilidade social e conhecimento sexual. Os profissionais de saúde devem conversar sobre a sexualidade do deficiente e reforçar que o isolamento diminui a informação sobre reprodução, contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e saber que jovens com deficiência são vulneráveis a assédios sexuais. O corpo é o que possuímos de mais privado, todavia, simultaneamente também é o que temos de mais público. É por meio dele que nos mostramos e nos relacionamos com os outros. Pelo corpo somos percebidos, aprovados ou reprovados (Paula, 1993)

O corpo, do ponto de vista do Simbólico, implica verificar como se estabelece a relação entre fala-linguagem-corpo. A linguagem é sempre convocada como um conceito complexo, sendo utilizada tanto em sua dimensão tópica quanto funcional. Nesse sentido, podemos dizer que suas funções metafóricas e metonímicas não serão efetivas se não estiverem referidas a um lugar de articulação que permita deduzir deste enlace um sujeito.

A “Teoria do Ato de Fala” como definida por Austin (1962) e Searle (1969), afirma que uma mensagem verbal é raramente uma mera transmissão literal e direta de informação. Ela exprime também a intenção do interlocutor.

Deste modo, a compreensão de um ato de fala não literal exige ao mesmo tempo o processamento do que é explicitamente dito e a capacidade de ir além deste significado literal para perceber a intenção do interlocutor no contexto dado. Em outras palavras, quem escuta deve ser capaz de, simultaneamente, compreender o significado literal e não literal da mensagem, o que o interlocutor diz e o que pretende dizer. Assim, devemos usar informações contextuais para entender a intenção do interlocutor e fazer pressuposições e predições.

Segundo Vigotski (1996), o fato de o homem ter criado (e criar) ferramentas psicológicas, signos, significa forma especificamente humana de ser, que faz nascer novas estruturas. Pensar a significação é pensar o fazer-se homem – hominizar-se; o que, de acordo com perspectiva histórico-cultural só é possível com os outros homens – a essência do processo de desenvolvimento cultural consiste exatamente na apropriação/domínio do social. Em Psicologia Concreta do Homem, Vigotsky (1989) marca as bases para a compreensão do simbólico: os signos são os mediadores das relações entre os homens, relações essas que constituem esses homens; o uso dos signos marca o ser social e a palavra é o signo por excelência.

O corpo é a representação máxima da condição humana. A pessoa com deficiência é vista como incapaz desprovida de vontade, de gosto, de inteligência e de sexualidade e necessita de ajuda em todos os campos de sua vida, digna de pene e merecedora de ajuda. Na mulher o impacto da deficiência atinge a sexualidade na sua imediatividade, ou seja, na aparência. É através do uso da linguagem que damos sentido às coisas que nos cercam.

Objetivo

O objetivo desse trabalho é descrever as falas que forma ouvidas de 12 mulheres deficientes jovens e adolescentes sobre atendimento, rotina e expectativa de vida, de 13 a 25 anos, atendidas no Projeto Sábado sem Barreiras do Programa de Saúde do Adolescente e relaciona-las com Síndrome da Adolescência Normal.

Método

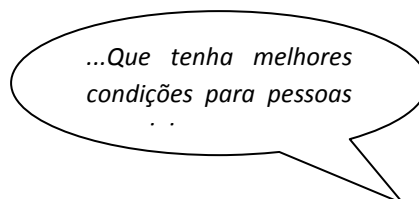
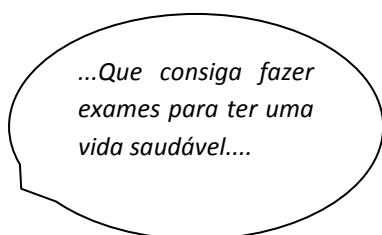
Este é um estudo qualitativo, aprovado pela Comissão de Ética da comissão científica do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Dele faz parte 51 questionários respondidos espontanea e voluntariamente por mulheres deficientes atendidas no grupo denominado Grupo de Acolhimento Pré Consulta, com equipe multidisciplinar, no período de julho de 2012 a maio de 2013, no Projeto Sábado Sem Barreiras, no Hospital Perola Byington, na cidade de São Paulo, Brasil.

Deste estudo foram selecionadas as falas de mulheres jovens e adolescentes de 13 a 25 anos referentes á expectativa de atendimento, de sua vida e rotina diária.

Resultado

As falas de mulheres deficientes jovens e adolescentes de 13 a 25 anos sobre o atendimento, rotina e expectativa de vida estão aqui representadas.

Sobre a expectativa do atendimento:





...Que tenha diagnostico precoce...

...Que o atendimento seja ótimo... ...Só coisas boas...

...Atendimento de qualidade com pessoas realmente qualificadas...

...Que se mantenha como está ou até melhor...

...Sempre que precisar possa vir e ser internada aqui...

...Um atendimento específico por ser especial, e a maioria da UBS não querem atender...

Sobre a expectativa de vida:





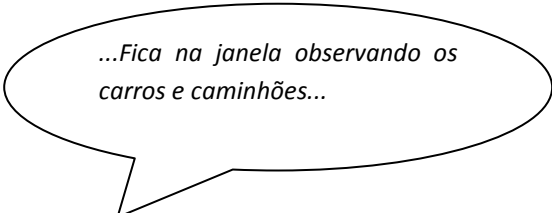
...Resolver minhas coisas...

...Mais saúde...

...Saúde, sabedoria, paciência e atitude...

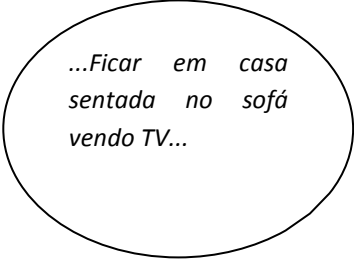
...Instituição para o meu problema...

...Que Deus nos de mais saúde e paz...

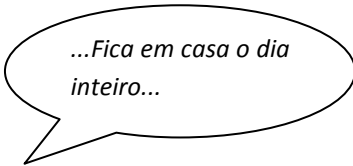


...Fica na janela observando os carros e caminhões...

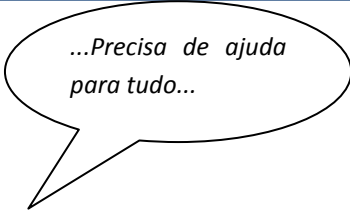
Sobre a rotina:



...Ficar em casa sentada no sofá vendo TV...



...Fica em casa o dia inteiro...



*...Precisa de ajuda
para tudo...*



*...Não gosta de ir para
escola...*

...Ficar em casa ouvindo música...

...Acompanha a mãe em atividades externas, banco e supermercado...

...Não vai para escola...

...Vai á igreja...

...Vai para a escola...

...Fazer Karete” MLR, 24 anos, sem escolaridade...

...Viciada em TV...

...Faz caminhada...

...Faz compras com a mãe...

...Folheia revistas...

...Pinta e escreve...

...Ouvi musica no celular...

...Brinca com outras crianças” TPI, 15 anos, deficientes mental...

...Não gosta de ambientes fechados...

...Brinca com bonecas”LCL, 21 anos, deficiente mental...

...Vive como uma adolescente normal apesar de sua deficiência” DOS, 21 anos, sem escolaridade, cadeirante...

...Vai para fonoaudiologia...

Discussão

Apesar de almejam ser independentes, continuarem vivas, ter melhores condições de saúde e moradia, as rotinas de suas vidas as distanciam destes sonhos.

As falas da maioria destas jovens mulheres revelam alegria na criação de serviço de atendimento e exames para diagnóstico precoce em ginecologia. Há uma expectativa positiva em relação a esse atendimento, por qualidade e profissionais treinados. Com este serviço é inexistente na maioria dos espaços públicos da cidade de São Paulo, UBS (Unidades Básicas de Saúde) ambulatoriais e hospitais há um acerto por parte da equipe do Programa de Saúde do Adolescente em elaborar este projeto destinado á uma população historicamente excluída e marginalizada e que apresenta dois fatores de vulnerabilidade por serem mulheres e por serem deficientes. As falas também revelam a não intimidade desta população de mulheres com exames e consultas ginecológicas de rotina, passo fundamental para o seu conhecimento como atores sociais.

Não há por parte destas mulheres a incorporação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com garantia aos direitos sexuais e reprodutivos. Percebe-se receio de que este atendimento não seja contínuo, como um multirão, ato isolado, e de que não faça parte de uma política pública mais ampla estendida á diferentes locais e bairros.

O que caracteriza a adolescência normal é a perda do corpo infantil e a passagem para o mundo adultos, ser adulto, é ter independência física, econômica e afetivo. Como isso se da no adolescente deficiente, que desde cedo não tem intimidade com o próprio

corpo, não se distancia física e afetivamente dos pais, não se relacionam em grupos, tem dificuldade para ter independência econômica, apesar do auxílio econômico do Estado. Como é este rito de passagem? Como é esta adolescência? Como a família, a escola e a sociedade estão preparadas para receber? Em quais políticas públicas estão inseridos?

Na fala da maioria das mulheres deficientes jovens e adolescentes, escancara a dinâmica das ausências. O espaço privado tem significado muito maior do que o espaço público, a maioria não frequenta escola e fica em casa o dia todo.

A ausência da escola como espaço de convívio e troca de conhecimento capaz de gerar novas expectativas afetivas e pessoais, somente duas vão a escola enquanto as demais não gostam ou não a frequentam. Ausência do amigo nas relações interpessoais.

A ausência do companheiro, namorado, como parte de um projeto afetivo e do exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Nenhuma diz que namora ou sonha namorar, ter filhos, casar.

Há uma presença da família como cuidador, estando o Estado ausente, como também a figura do cuidador profissionalizado. Ausência ou pouca participação masculina no processo de cuidar que se torna eminentemente feminino com papel centrado na figura da mãe ou da irmã.

Ausência de leitura, de livros, jornais, revistas, visita a museus, teatros, cinemas, internet, somente uma “folheia revista”. O lazer se dá no espaço privado, na casa e é focado na atividade solitária de assistir televisão. Kellner, Albrecht, Seeelman e Bury (2001) dizem que “a cultura da mídia é a cultura dominante na contemporaneidade, ela nos diz como ser mulher, homem, trabalhar, nos vestir, nos portar; constrói nosso sentido de classe, étnicos, raça, nacionalidade e sexualidade”.

“Na cultura contemporânea dominada pela mídia, os meios dominante de informação ditam como nos comportar, o que pensar, o que sentir, em que acreditar, o que temer o que desejar o que não”. Kellner, 2001. Na mídia a mulher pode se reconhecer e reconhecer seu cotidiano. A mulher deficiente, por não ter um corpo considerado desejável, raramente é retratada na televisão. A mídia reforça a ideia de que

a mulher deficiente é vulnerável, passiva, dependente, a ser salva por um homem capaz. Há poucos atores e apresentadores com deficiência física ou sensorial. Como então a mulher deficiente jovem e adolescente que é atemporal, que vive num mundo mágico se reconhece? Como romper com a imagem de infantilizada e assexuada? Como não ter baixa estima? Como romper com a idéia de que é incapaz, desprovida de vontade, gosto, inteligência, sexualidade e de que necessita ajuda em todos os campos da vida, de que é digna de pena, merecedora de ajuda? Como não ser passiva, vulnerável, dependente?

Nota-se ausência de projetos pessoais envolvendo o estudo, o conhecimento, a profissionalização. Este dado, ao lado de baixa escolaridade, dificulta a independência econômica dessas mulheres.

Como romper o ciclo de ausência quando sabemos que assim como para diminuição da mortalidade infantil é fundamental a escolaridade materna, a mesma escolaridade da mãe é o fator que mais incide sobre a escolaridade da mulher, quer seja deficiente ou não. Não há independência afetiva sem independência econômica.

As experiências no campo social que privilegiam o acesso mais equânime ao conhecimento precisam ser conhecidas, reconhecidas e expandidas, de modo a estimularem o surgimento de novas iniciativas e aumentarem as expectativas de resultado a curto prazo.

Os significados são constantemente produzidos e reproduzidos e podem também ser modificados. Assim a sociedade que hoje ainda dá um valor negativo à pessoa deficiente pode mudar de idéia através de novas representações que criam novos significados.

Com este trabalho podemos refletir sobre recomendações dentro da lógica do princípio da equidade “tratar de forma diferente os diferentes”, com políticas específicas. Estas políticas seguiriam diretrizes de políticas centralizadas, mas levariam em consideração as necessidades identificadas onde vivem as adolescentes.

Dentro do princípio de promoção a saúde, focar o desenvolvimento da capacidade das adolescentes e jovens para que se fortaleça a sua independência e para que possam fazer escolhas mais saudáveis compatíveis com seu projeto de vida.

Referencias bibliográficas

- ABERASTURY, A., KNOBEL, M. AT. al., “Adolescência Normal”. 10ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2010). Censo Demográfico 2010 – características da população e dos domicílios: resultados do universo:
- BRASIL. (2008). Populações sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República: Brasil.
- CERTEZA, LEANDRO MOGITO. Sexualidade e deficiência.
- CITELLI, A. (2010). Comunicação e educação: convergências educacionais. Comunicação, mídia e consumo, vol 7(19), 67-85.
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (Brasil 2008)
- DUARTE, C. M., AKERMAN, M., “Gravidez na Adolescência Diferenciais Intra-Urbanos”.
- GHERPELI, M. HELENA BRANDÃO. Deficiente mas não desigual.
- KNOBEL, M., PERRESTELLO, M. E UCHÔA, D. M., “A Adolescência e a Família Atual”. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1981.
- LEVISKY, D. L. et. al., “Adolescência e Violência. Consequências da Realidade Brasileira”. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

- MARTINS, JOSE ALVES BARSAGLINI. Aspectos da Identidade na experiência da Deficiente Física: Um Olhar Sócio Antropológico.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge Internatinal.
- PAULA, ANA RITA (1993). Sexualidade e Referencia Rompendo o Silencio.
- REGO, S., PALÁCIOS, M. (2006). A finitude humana e a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, 22(8), 1755-1760.
- SABBATINI, M. (2004) Alfabetização e Cultura Cientifica: conceitos convergentes? Revista Digital Ciência & Comunicação, 1(1).
- SANTOS, B. S. (2004). Conhecimento Prudente para Vida Decente. São Paulo: Cortez Editora.
- SOARES, I. O. (2002b). Metodologia da Educação para a Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina. In Baccega, M. A. Gestão de Processos Comunicacionais (p. 113-132). São Paulo: Atlas.
- TAKIUTI, A. D., “A adolescente está ligeiramente grávida. E agora? São Paulo, Iglu, 1989.
- Takiuti, A. D., “Utopia? Análise de um modelo de atenção integral a saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo” – Rio de Janeiro: Artes e Contos.
- TIBA, I., “Puberdade e Adolescência”. Desenvolvimento Biopsicossocial Agora, São Paulo, 1987.
- VOGT, C. (2005). A espiral da cultura científica. In: Boletim de Idéias 03 (PP. 5-6). FAPESP: São Paulo.

**A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA PARA O TRABALHO COM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
EM RIO BRANCO – AC RELATOS DE EXPERIÊNCIA**

Marck de Souza Torres¹³²

Samara Carlos Melo Saar¹³³

Jaqueline Frota Pinheiro

Pádua Custódio B. da Silva¹³⁴

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

1. INTRODUÇÃO

Os cursos de graduação em Psicologia vêm tendo várias precauções para manter certa uniformidade a cerca das grades curriculares apresentadas, a fim de preparar os alunos para o mercado de trabalho através de educação e conhecimento integral a cerca das diversas áreas disponíveis para atuação do profissional.

A fim de estabelecer essa uniformidade, as Diretrizes Curriculares Nacionais criam uma resolução a cerca de direcionamentos e atividades a serem implantados pelos cursos de Psicologia do Brasil, sendo um desses a criação de projetos de extensão que instruem e auxiliem o aluno a obter vivências nas mais diversas áreas de atuação, como por exemplo a área da violência, que é um assunto que deve ser abordado com seriedade e

¹³² Mestrando em Psicologia Clínica e Cultura UnB. Professor do Curso de Psicologia da Faculdade Barão do Rio Branco.

¹³³ Psicóloga. Supervisora da Clínica Escola de Psicologia da Faculdade Barão do Rio Branco

¹³⁴ Acadêmica do 10º período do Curso de Psicologia da Faculdade Barão do Rio Branco

profissionalismo, especialmente quando a temática abrange aspectos voltados à infância e adolescência. (Guerra (1998), Habibzang (2006), Maciel e Cruz (2009).

Uma fase da vida que deveria ser de acolhimento e rodeada por momentos de amabilidade e afeição, que diante do fenômeno da violência acaba não sendo o tipo de realidade vivenciada por muitas famílias, independente das características econômicas e sociais.

A psicologia tem trazido nos últimos anos muitas contribuições no que diz respeito aos atendimentos realizados com crianças e adolescentes vítimas de violência. Tanto no entendimento do porque esse fenômeno tem acontecido com tanta frequência, como em quesitos de prevenção e principalmente no tratamento, para que haja assim, um alívio e superação quanto aos traumas vivenciados.

O terapeuta em formação frente a esta experiência se vê em um grande desafio e ao mesmo tempo uma grande oportunidade de enriquecer seus conhecimentos e poder obter mais aprofundamento de suas práticas em tal demanda. Neste trabalho vamos descrever como o acadêmico desempenha a psicoterapia breve e juntamente a aplicação do Inventário IFVD - Inventário de Frases na Identificação da Violência Doméstica (Tardivo e Pibto Junior, 2010) para auxiliar no processo avaliativo dos casos de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes.

OBJETIVOS

O Projeto Infans é um projeto de extensão que tem por objetivo realizar atendimento psicoterapêutico para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, recebe apoio da Clínica Escola da Faculdade Barão do Rio Branco, tendo como terapeutas em formação os alunos que estão no último ano da graduação em psicologia. Esses recebem treinamento específico na modalidade de psicoterapia breve para intervenção focal em situações de violência, também conta com a parceria institucional do Centro de

Referência Especializado em Assistência Social do Acre (CREAS- AC), . Nessa participação, buscou-se:

1. Aliar o conhecimento teórico aprendido na academia, no que concerne aos processos clínicos com a prática no Projeto Infans;
2. Aprimoramento de conhecimentos práticos focais na demanda apresentada, com o intuito de sair da faculdade capacitado a trabalhar com clientes que apresentem tal problemática;
3. Obter conhecimentos acerca de demandas institucionais, saindo do âmbito estritamente acadêmico, como é feito nas Clínicas-escolas e encarando uma realidade institucional, com suas especificidades.

PSICOLOGIA E O TRABALHO COM VIOLÊNCIA

A violência é um tema que abrange uma série de especificações, diversos autores afirmam ser ainda um conhecimento que está em processo de construção devido a sua complexidade, mesmo assim a Organização Mundial da Saúde (1996) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

A infância e a adolescência são etapas fundamentais para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social do indivíduo. Dessa forma, crianças e adolescentes são considerados indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento, necessitando cuidados especiais que garantam sua proteção e potencializem seu crescimento intra e interpessoal. Nesse sentido, toda a sociedade e o poder público são responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069, 1990).

Segundo Maciel et. al. (2009) os tipos de violência podem acontecer de diversas formas, sendo elas: violência física, quando há o uso da força física intencional; violência psicológica, quando há agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar,

rejeitar, humilhar ou isolar uma pessoa do convívio social; violência sexual, quando há relações hetero ou homossexuais entre um ou mais adultos e uma criança menor de dezoito anos; negligência que configura-se por meio da omissão, ausência, recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

Assis (1994) relata um pouco sobre a violência física e sexual:

A agressão física perpetrada sobre crianças e adolescentes é uma das práticas violentas mais comuns em nossa sociedade. O lar aparece como o local privilegiado para tal prática, embora esta também ocorra constantemente em crianças e adolescentes sob risco, como aquelas que estão ou trabalham nas ruas e as institucionalizadas. Também os abusos sexuais estão entre os mais freqüentemente praticados no ambiente familiar, e poucos casos chegam a domínio público. A atuação sobre estes dois tipos, associada ao abuso psicológico, abandono e negligência principalmente, tem tido sua importância reconhecida através dos crescentes casos denunciados a algumas instituições especializadas. (ASSIS, 1994, p. 129)

O trabalho realizado por psicólogos na área da violência é primordial, principalmente quando essa violência atinge crianças e adolescentes que são agredidas fisicamente e/ou verbalmente por pessoas que deveriam ser responsáveis pelo cuidado, proteção e transmissão de valores, sendo com esses o primeiro contato social com o mundo.

Uma criança ou adolescente que passou por experiências traumáticas de violência podem sentir-se fragilizada e envergonhada diante do ocorrido, acarretando nisso um maior retraimento na hora de discorrer sobre o acontecido, ela precisará de atendimento médico para identificação de lesões, atendimento social para que haja o conhecimento das condições em que o menor vive, e psicológicas para amenizar o trauma e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, pois “A violência doméstica exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras que devem garantir assistência psicológica, social, médica e educacional.” (CARDOSO *et. al.* 2003).

De acordo com Habigzang *et. al.* (2008) o ato de entrevistar uma criança ou adolescente, visando ao relato e diagnóstico acurado sobre a experiência sexualmente abusiva, é complexo, onde uma entrevista mal encaminhada pode se tornar revitimizadora. Portanto, é fundamental que profissionais estejam devidamente capacitados para a tarefa de entrevistar crianças e adolescentes vítimas de violência, no que concerne ao fato de que a entrevista conduzida de maneira incorreta fará o sujeito reviver momentos de angústia e não querer relatar sobre o acontecimento.

No tratamento da criança ou adolescente, independentemente do referencial teórico que fundamenta a intervenção, é necessário criar um clima de segurança e aceitação para que a criança adquira confiança e comece a se comunicar. O terapeuta deve buscar reverter os sentimentos de desespero, desamparo, impotência, aprisionamento, isolamento e auto-acusação, freqüentemente apresentados pela criança. O resgate da auto-estima e da esperança é fundamental, pois o abuso distorce a visão da criança do que a vida pode lhe oferecer. O trabalho do terapeuta consiste em transformar o ocorrido em uma influência para a vida, ao invés de ser obstáculo, motivando a criança a crescer e ver o futuro com esperança. O processo de resolução do trauma implica que a criança ou adolescente relembre, repita e re-experencie o trauma (HABIGZANG, 2006 apud ZAVASCHI *et. al.* 1991).

Segundo Habigzang¹³⁵, a formação do vínculo de confiança com as crianças está relacionada com o tempo necessário para revelar o abuso aos entrevistadores. A vítima precisa sentir-se segura e confortável na presença da pessoa que irá entrevistá-la, para poder compartilhar situações que geram ansiedade e sofrimento. Sendo isso um fato totalmente compreensível, pois acabam de perder a confiança em pessoas que era seus cuidadores, sendo assim a princípio, praticamente impossível confiar inicialmente em pessoas que acabaram de conhecer.

Para que possa ser falado mais a respeito de como se dá este vínculo durante o processo de psicoterapia, será visto agora como tem acontecido a experiência do terapeuta em formação neste campo de trabalho.

¹³⁵ HABIGZANG *et. al. op. cit.* 2008.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No CREAS é desenvolvida atividades na modalidade psicoterapêutica com pacientes vítimas de violência: física, psicológica, sexual e negligência.

A princípio é feita a anamnese com a mãe para que se possa fazer levantamento das informações a respeito do ocorrido com a criança/adolescente, com o intuito de ter uma maior compreensão da violência sofrida. Segundo Knobel (1986) a entrevista inicial que determina o futuro da relação terapêutica, podendo-se a partir dali ter um ótimo desenvolvimento ou acabar antes mesmo de começar. O autor também esclarece que na entrevista é necessário fundamentar um diagnóstico holístico, biopsicossocial, e a partir daí aplicar a psicoterapia.

A anamnese normalmente é feita com a mãe, e é a partir das informações que se sugere um indicativo para psicoterapia. Sempre que há necessidade de alguns esclarecimentos com o responsável, o mesmo é chamado a uma conversa, neste momento é tanto esclarecido questões a respeito do acompanhamento, quanto é feita orientações para que se possa ter um melhor resultado no desenvolvimento psíquico da vítima, e também que seja promovida saúde mental no âmbito familiar.

Há também situações em que surgem omissões da verdade por parte dos responsáveis, principalmente quando estes foram os agressores, ou até mesmo quando a mãe tem total dependência financeira de seu esposo que foi o responsável pela agressão. Por vezes nos deparamos com a dificuldade no relato da vítima, pois esta se sente amedrontada para falar a respeito do ocorrido, ao pensar que o mesmo poderá ser castigado por seus responsáveis, isto acontece normalmente quando a criança/adolescente é encaminhada pela escola em que estuda, quando alguém da escola descobre a agressão e faz a denuncia, os responsáveis por sua vez, não tendo como negar, mas podem omitir muitas vezes a verdade dos fatos.

A demanda de violência seja ela física ou sexual é extremamente delicada, portanto deve ser tratada com muita cautela, pois essa traumática experiência que a criança/adolescente viveu pode acarretar conseqüências psicológicas em sua personalidade e comportamento. Guerra (1998) nos diz que a criança que passa por

violência sé tratada como um objeto (coisificação da infância), ou seja, tem seus plenos direitos “roubados” a partir do momento em que a esta é negada não são tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Tal experiência possibilita um grande crescimento para a vida profissional de um acadêmico em processo de formação, pois nesta experiência temos a oportunidade de acompanhar a reestruturação do ego de uma criança/adolescente que com tão pouca idade passou por uma situação capaz de desestruturar suas emoções, sentimentos. O nosso principal papel se torna em ajudá-las a encontrar estratégias para que da melhor forma possam enfrentar o trauma que foi acometido em sua vida.

Durante na primeira entrevista com a criança/adolescente é aplicado o IFVD - Inventário de Frases no auxílio diagnóstico de Violência Doméstica (Tardivo e Pinto Junior, 2010) contra crianças e adolescentes. O mesmo é utilizado entre as idades de seis a dezesseis anos, sua aplicação é feita de forma individual e seu objetivo é identificar quais consequências psicológicas podem ser acarretadas na criança/adolescente, sejam elas cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais. O inventário é composto por 57 frases as quais devem ser respondidas apenas Sim ou Não, sedno que as frases se referem aos transtornos consequentes da vitimização e há 10 delas que são nulas.

Por fim, o acompanhamento psicológico é concluído com a entrevista devolutiva. Faz-se a última sessão de forma retrospectiva, ressaltando os pontos que foram trabalhados, os ganhos que foram obtidos e as orientações finais a respeito dos comportamentos ou atitudes que devem ser mantidas no cotidiano da família.

A relevância da entrevista devolutiva está em seu objetivo de fazer os pais e/ou responsáveis refletirem acerca de ações que geram certas dificuldades no desenvolvimento emocional e psicológico da criança/adolescente, também acerca do meio familiar que a mesma vive. Além disso, não somente os pais, a criança/adolescente também é participante ativa na devolutiva, podendo dizer de forma espontânea sobre os pontos que gostou ou não durante a psicoterapia e também o que percebeu que mudou em sua vida com o apoio da mesma.

A devolutiva ou o feedback não é apenas um resultado do processo de terapia, ela também faz parte deste processo e é através dela que se abre a oportunidade do terapeuta fazer junto ao cliente uma avaliação de qual foi o resultado obtido e se suas

interpretações a respeito do cliente estavam adequadas. Este processo é enriquecedor para ambos os lados, tanto para o cliente reconhecer seus ganhos quanto para o terapeuta poder reconhecer se em algum ponto poderia ter feito diferente seu manejo clínico.

Portanto, a entrevista devolutiva deve ser considerada como parte importante da psicoterapia, não apenas como um mero resultado do que já foi feito, pois é neste momento que se cria uma ótima oportunidade de possibilitar a participação do principal envolvido.

Considerações Finais

Participar do Projeto Infans em parceria com o CREAS tem sido de grande valia nesta fase do aprendizado. Pode-se assim, acrescentar este conhecimento específico de formação da identidade profissional que amplia os horizontes a respeito deste tema que a cada dia cresce cada vez mais em nosso país. É uma experiência valiosa também pelo fato de o estudante ter experiência clínica institucional, onde o aluno se depara com uma realidade diferente do ambiente da clínica escola.

Apesar de, na atualidade, muitos cursos de Psicologia ainda manterem foco nas práticas clínicas privadas, havendo pouca preocupação acerca do tratamento e intervenção com pessoas vítimas de violência, essa experiência tem sido muito valiosa para os estudantes que dela participam.

A Psicologia por sua vez tem sua importância no que concerne ao tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Com suas técnicas e conhecimentos em diferentes abordagens, todas trazem como foco principal a superação dos traumas vividos e uma melhor qualidade de vida, mental e psicológica, proporcionando à vítima sua vida restaurada e fortalecida.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S.. **Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 126-134, 1994. Rio de Janeiro : 1994.
- BRANCO, M. T. C.. **Que profissionais queremos formar**. Revista: Psicologia Ciência e Profissão. 18ª edição, 1998, p. 28-25.
- CARDOSO, A. C. A et al. **Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos)**. Pediatra Moderna – Vol XXXIX – Nº9 – Setembro/2003. São Paulo: 2003.
- CARVALHO, M. T. de M.; SAMPAIO, J. dos Rs. **A formação do Psicólogo e as Áreas Emergentes**. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 17ª Edição, 1997, p.14-19.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). **Diário Oficial da União**. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- HABIGZANG, L. F. **Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar**. Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Porto Alegre: 2006.
- HABIGZANG, L.F et al. **Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual**. Estudos de Psicologia 2008, 13(3), 285-292. Porto Alegre: 2008.
- KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1986.
- MACIEL, Saidy Karolin; CRUZ, Roberto Moraes. **Violência Psicológica Contra Crianças nas Interações Familiares: Problematização e Diagnóstico**. In: ROVINSKI, Sonia Liane Reichert e CRUZ, Roberto Moraes (org). **Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção**. 1ªed. São Paulo: Vetor, 2009.

SPELLER, Paulo. Resolução CNE/CES 5/2011. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19.

TARDIVO, LS LP, PINTO JUNIOR, A. . IFVD - Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes– 1. ed. – São Paulo: Vetor, 2010.

World HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on vi-lence and health.Violence: a public health priority.** Geneva:WHO; 1996

O TRABALHO DO LUTO NA CRIANÇA – ESTUDO DE CASO

Gracyelle Lula de Oliveira¹³⁶

Marck de Souza Torres¹³⁷

Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

RESUMO: Este trabalho descreve o relato do atendimento de uma criança que perdeu a mãe muito nova e sobre circunstâncias inesperadas e a elaboração do luto ainda na idade infantil. O artigo discute questões como se dá o processo de luto na criança; se o processo se assemelha às de adultos. Também se detém na discussão do manejo do processo psicoterapêutico em casos de luto infantil. Para o presente trabalho serão apresentados dados teóricos acerca do luto, em seguida um estudo de caso infantil com alguns dos sintomas da criança mais relevantes, e se faz uma discussão sobre a o procedimento de psicoterapia breve de orientação psicanalítica, como alternativa da clínica infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Luto, Criança, Clínica.

INTRODUÇÃO

Sempre que se fala sobre o luto muitos conteúdos são associados, como a sensação de impotência perante a perda que acarreta a sensação da vulnerabilidade. Em nosso meio, é difícil pensar de forma natural sobre a morte, nem a própria e de pessoas a quem investimos afeto. Esses temas levam a refletir a uma perda real e ao sofrimento causado por ela.

Freitas (2000) expõe que a escola psicanalítica reforça esta fala sustentando que o ser humano não acredita na própria morte ou que, inconscientemente, todos estão convencidos da imortalidade. É sempre acentuada a motivação casual da morte: o

¹³⁶ 10 período Curso de Psicologia Faculdade Barão do Rio Branco

¹³⁷ Mestrando Psicologia Clínica e Cultura UnB; Professor Curso de Psicologia Faculdade Barão do Rio Branco

acidente, a doença, a infecção a velhice e se delata, assim a tendência a encarar a morte não como algo esperado, mas como algo que se teme. A morte parece sempre angustiante; diante de quem morreu adotamos uma atitude singular, como de admiração a alguém que concluiu algo muito difícil.

O autor ainda conclui que a atitude convencional do ser humano diante da morte fica complementada pelo nosso abatimento espiritual quando a morte fere uma pessoa amada: o pai, a mãe, o esposo, a esposa, um filho, um irmão ou um amigo querido. Enterramos assim com essa perda, nossas esperanças e aspirações. Não queremos nos consolar negando toda substituição do ser perdido. Parece que vamos morrer porque quem amamos morreu (FREITAS, 2000).

Para a análise da criança devemos considerar primordialmente a sua percepção mediante as perdas adquiridas a decorrer de seu desenvolvimento, Weininger (1996) nos fala que a posição em que o bebê reconhece a mãe e suas relações com ela, caracteriza-se por uma tristeza e um desespero, já representando um luto pelo objeto. Muitas vezes as crianças tem dificuldades de aceitar tal sofrimento assim como também os adultos, segundo Mautoni e Soares (2013) crianças na idade entre 6 a 12 anos já compreendem que a morte é um caminho sem volta, entretanto é uma fase de grande sensibilidade fazendo que elas busquem proteção de pessoas próximas, em quem confiam a fim não de substituir a pessoa que morreu mas de preencher a necessidade de sobrevivência, ainda mais quando se trata da perda de um dos genitores, o outro genitor acaba representando a criança um escape para a catexia. É de suma importância conhecer as reações emocionais da criança para compreendê-las e ajudá-las. Elas se expressam de diversas formas: tristeza pelo que ocorreu, raiva por terem sido abandonadas, medo de serem deixadas sozinhas, sentimento de culpa por haver causado a morte, etc.

O PROCESSO DO LUTO

Com isso a dor de ter perdido o objeto amado nos traz o luto. Freud (1969) explica que o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar dele, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. O autor já nos dizia que no luto uma sombra recaía sobre o ego, logo podemos entender que as perdas objetais são praticamente a perda de uma

parte de si mesmo, realizar um trabalho de elaboração de luto então é muito mais que apenas chorar, é elaborar a perda de uma parte de si mesmo.

O luto é uma extensa jornada, que começa com o sofrimento vivo da perda de um ente querido e declina com a aceitação serena da realidade do seu desaparecimento e do caráter definitivo da sua ausência, o que o torna penoso, estar de luto é aprender a viver com a ausência, durante esse processo, a dor aparece sob a forma de acessos isolados de pesar (NASIO, 2007). Parkes (1998) ressalta que cada ser humano tem reações diferentes ao elaborar o luto, pois dependem do significado da perda, que pode variar em intensidade e grau, afetando ou não as relações pessoais e sociais.

Para entender a natureza dessas influências dolentes, é necessário analisar o luto como um lento trabalho, graças ao qual o eu rescinde pacientemente o que havia enlaçado brutalmente, na hora da morte (NASIO, 2007). Freud (1969) compara o luto profundo com a melancolia, a reação à perda do ser que se ama, conclui o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo na medida em que este não evoca esse alguém, a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor e o mesmo afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele. É simples averiguar que essa inibição e circunscrição do ego é expressão de uma exclusiva devoção ao luto, devoção que nada deixa a outros propósitos ou a outros interesses. Podemos constatar que a caracterização do luto nos dias atuais apesar do mesmo sofrimento passou a ter uma conotação diferente de outrora. Os autores Mautoni; Soares (2013) afirmam:

Antigamente, estar de luto significava vestir roupa preta ou usar uma tarja preta em homenagem ao ente querido e um pano preto era colocado na porta das lojas. Hoje isso já não existe – o luto deve ser curto, pois em nossa sociedade não é permitido lamentar-se, sofrer ou chorar pela morte. E o tempo todo o que se ouve é: “A vida continua”, (p.16).

Apesar de muitos hoje não verem mais o luto como sofrimento e pensar que a vida continua, muitos outros só conseguem caracterizar que o luto é o representar de um sofrimento inigualável. Freitas (2000) traz reflexões semelhantes dos autores acima citados, entretanto complementa afirmando que a dor e a tristeza que sentem os enlutados são provocadas pela perda sofrida. No luto por morte de alguém querido, o indivíduo tem de conseguir retirar suas cargas libidinais, ou seja, seus afetos, das diversas representações intrapsíquicas do objeto perdido. Em razão da inércia psíquica, supõe esforço, sendo o processo do luto doloroso, é penoso esquecer alguém que se amou. Podemos com isso dizer que o luto é desfazer aos poucos o que se coagula precipitadamente. Sob o golpe da perda, o eu investiu a representação do amado morto; agora durante o luto o eu volta sobre seus passos, desinvestindo lentamente a representação do amado até que esta perca sua vivacidade e deixe de ser um corpo estranho, fonte de dor para o eu (NASIO, 2007).

Nesse sentido, Weininger (1996) afirma que:

A pessoa está tentando reconstruir seu mundo interno e, ao mesmo tempo, falando bem da pessoa falecida, tentando assegurar que não haverá retaliação pelo que pode ser fantasiado como construindo alguma falta do enlutado por não haver feito o suficiente pelo que morreu (p. 73).

Enlutar-se pela morte de alguém amado nos remete uma revisão de esquemas, que é prototípica de outros tipos de mudanças induzidas pelo estresse. O luto é tanto um processo de abandono quanto de aprendizagem. Durante o luto, abandonam-se certos esquemas e aprendem-se outros (FREITAS, 2000).

O LUTO DENTRO DO SISTEMA FAMILIAR

O fato de uma criança não falar da dor, não significa que ela não esteja sentindo, crianças pequenas muitas vezes não conseguem nominar o que estão sentindo, logo podem não estar com a perda de bom modo. Para que isso aconteça é fundamental que a criança tenha experiência com o sentimento do luto. Elas devem ser estimuladas a falar

sobre o que estão sentindo, mesmo que em gestos para conseguir elaborá-lo, impedindo que o luto se mantenha indefinido. Gatti e Louzette (2007) falam que:

Para ajudar na elaboração da perda, é necessário que, após a morte de seu genitor, alguém com quem a criança tenha uma história de confiança e afetividade conte-lhe o que aconteceu para que ela não sinta que está sozinha e que há pessoas para lhe prover atenção, carinho e cuidado. A criança pode negar inicialmente a morte, pode tornar-se agressiva ou achar que foi ela mesma que a causou. Ainda que a criança possa aparentemente não expressar tristeza, é nos gestos mais sutis que ela parece como que regredir, ficar hostil com os colegas ou tratar de seus brinquedos com violência (p.78).

Longaker (1998) diz que não fomos feitos para atravessar crises sozinhos, ou seja, é de extrema importância a participação da família na elaboração do processo de luto da criança. Geralmente nas relações familiares, o que se encontra é que cada membro perante a perda, reaja de uma forma particular, vivendo a dor em tempos diferentes, podendo contribuir para muitos conflitos, afastamentos ou até mesmo rupturas estruturais no seio familiar. Segundo Melo (2004) é normalmente muito intenso e impactante a morte de um ente na família ainda mais de um dos pais, mas também é intenso os resultados depois da perda, o relacionamento de todos mudam, o que causa confusão a criança na nova organização de papéis que ocorre em casa, a família pode sofrer uma ruptura do equilíbrio.

Walsh e McGoldrick (1998), nesse tema, colocam que:

A perda é um poderoso evento nodal que abana a fundação da vida da família e deixa todos os membros afetados (...) modifica a estrutura familiar, requerendo normalmente uma grande reorganização do sistema familiar. O significado de uma determinada perda e

respostas a ela são moldados essencialmente pelo sistema de crenças da família, o qual, por sua vez, é modificado por todas as experiências de perda (pág.5).

A morte coloca desafios de aptidão e movimentos de mudanças na identidade e metas da família. A capacidade de resiliência a perda está no cerne das competências nos sistemas familiares saudáveis. Pelo contrário, as famílias muito disfuncionais demonstram os padrões menos resilientes ao lidar com as inevitáveis perdas, agarrando-se na fantasia e negação para ofuscar a realidade e para insistir na intemporalidade e perpetuação dos laços nunca desfeitos. As perdas significativas ou traumáticas podem nunca ser totalmente resolvidas. Para além disso, a adaptação não é equivalente a uma resolução no sentido de ultrapassar completamente e de uma vez por todas a perda. Como foi mencionado anteriormente, o luto e a adaptação não têm um tempo fixo ou uma sequência linear (MELO, 2004).

RELATO DE UM CASO

F. tem dez anos, o responsável que comparece na triagem é a avó paterna, ela relata que nenhum profissional conseguia ajudar o menino a esquecer da morte da mãe, que havia falecido há três anos. Desde a anamnese é possível observar o sofrimento presente na vida da criança.

A criança chega na clínica escola com diversos sintomas como: tristeza aparente, agressividade e insegurança nas diversas áreas de sua vida. Após algumas sessões percebemos que estes sintomas surgiram com sua má elaboração do luto materno, F. sempre falava na mãe com profunda tristeza e choro, se referindo a sua falta e que sua vida havia acabado juntamente com a vida dela, restando um sentimento de desamparo. No atendimento F. apresentava dificuldade de se expressar nas brincadeiras, o que segundo Marcelli (1998) pode significar uma desvalorização que se exprime frequentemente através da expressão de uma dúvida imediata frente a uma questão, uma tarefa solicitada (desenho, jogo): “não sei”, “não consigo”, “não posso”.

Podemos comentar sobre estes três principais sintomas que F. apresenta de forma resumida. Em alguns períodos F mostrava uma agressividade com os brinquedos, sempre construindo e desconstruindo objetos com violência, sua agressividade expôs todos os

seus aspectos agressivos internos, pode-se dizer que a agressividade opera, portanto, quando há reconhecimento pelo sujeito do objeto a quem endereça sua reivindicação agressiva.

Em relação às fantasias agressivas, deve-se compreender que a criança consegue representá-las simbolicamente mediante uma organização lúdica que representa uma área intermediária, onde ela vivencia essas fantasias, sem ser sentidas como destruidoras tampouco destruídas pelos outros. Quando esses sentimentos arcaicos se intensificam e a criança não consegue expressar suas fantasias agressivas, ela passa a inibi-las, tornando-se angustiada e passando da fantasia ao ato. F. faz relação com esse movimento, e usa a agressividade para representar sua dor. Entretanto em outros momentos o mesmo retira seu lado de agressor e permite que seja agredido por outros, por exemplo na escola ou em casa, ao não conseguir se expressar externamente perante a condição mais rude do pai em sua criação, ele introjeta a raiva e se coloca num lugar de inibição dessa violência mas direciona manifestações de sua dor a outros sintomas.

Sobre tristeza e insegurança por vezes são egosintônicos. Para que exista um trabalho de luto, o sujeito enlutado é tomado pela sensação de tristeza pela falta do objeto e insegurança do que irá acontecer diante dessa falta. Para muitos a vida se torna difícil depois da perda do ente querido, como no caso de F., Sabe-se que se trata de seus investimentos e cargas libidinais que agora estão embaralhados, sem saber como redireciona-las, ficam numa inercia sem onde ir, agredindo seu ego. Podemos concluir que ali já se instalava uma patologia do enlutar.

MANEJO CLINICO

O manejo clínico foi realizado não no sentido de eliminar os sintomas de tristeza e perda de interesse nas atividades, mas como diz Ocariz (2003) uma intervenção do analista que pode produzir um trabalho psíquico que possua o efeito de travessia, permitindo uma transição, operando uma ruptura com aquilo que fazia o sujeito sempre circular pelos mesmos trilhos. Tecnicamente foi realizado um trabalho da compreensão sobre a morte, ajudando-o a lidar e diminuir o sentimento de culpa que ele sentia e reprimia, e ainda reforçando suas defesas egóicas. O terapeuta apresentou através de interpretações de conteúdos a criação de um espaço potencial para internalização dos

conteúdos bons dessa mãe, proporcionando assim um holding diante dessa perda. Introduzindo a capacidade de perceber a transicionalidade da vida, ora estamos vivos, ora mortos, possibilitando assim para os viventes a capacidade de uma continuidade psíquica.

Outra importante área foi a orientação dos familiares, pois era necessário também trabalhar a forma de tratar F. em casa. Pode-se conscientizar os familiares da necessidade de apoio familiar, em especial com o pai. Foi feita uma orientação para que o pai devesse também tomar um posicionamento mais flexível e carinhoso com o filho, não ficando sua posição mais rígida na agressividade e na colocação de limites. Foi discutido com o pai a necessidade de seu filho, do poder contar com afeto e suporte. Entretanto Mautoni e Soares (2013, p. 43) fala que “Dentro do sistema familiar é mais difícil obter tal apoio, pois os parentes mais próximos estão em meio a sua própria crise”.

Foi orientado ao pai de F. que ele precisava expressar afetividade e carinho diante do tratamento do filho e que procurasse algo novo para sua relação familiar. Ficou possível então expressar ao pai a necessidade que o filho apresentava. Assim, recomendamos uma maior atenção ao filho, sugerida a fim que o mesmo pudesse sentir mais segurança na sua relação paterna, já que o filho ainda se encontra no processo de luto pela perda da mãe.

Um processo importante para o fechamento do trabalho é que não basta apenas a compreensão e revivência no luto, mas é necessário, que seja algo acrescentado em sua vida, como um novo investimento relacional positivo. É fundamental que uma nova visão, contando com os recursos defensivos do paciente, e que o menino possa se vincular e ter uma visão mais colorida do mundo. É desde pequeno que a criança passa a desenvolver habilidades para o enfrentamento de problemas futuros e junto com novos investimentos emocionais resultará em um estado de bem-estar a criança, o dando mais segurança para passar perdas futuras com uma estabilidade maior de superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do luto em crianças é tratado em muitos casos como verdadeiros desafios dentro da clínica, o manejo com crianças necessita para além de técnicas, de um vínculo forte na transferência, observação e escuta, e a possibilidade de uma comunicação diferenciada que inclua conteúdos de metáforas apresentadas no

atendimento infantil. A dor da perda sempre vem com grande complexidade de sentimentos, fantasias e pulsões.

Logo, podemos investigar que a sociedade cada vez mais narcísica não introduz o conteúdo às crianças, não canalizando a elaboração de luto, deixando isso mal resolvido, o que acaba sendo expresso em sintomas, como no caso relatado.

Pode-se afirmar que as crianças também necessitam apoio na elaboração da perda assim como adultos, talvez até mais suporte. O trabalho revelou que a partir de uma relação afetiva com o psicoterapeuta é fundamental como suporte para favorecer tanto ao adulto como a criança o trabalho de elaboração do luto. No caso da criança, é fundamental o apoio e a presença dos demais familiares e, nesse caso em especial, do pai. O tratamento psicoterapêutico pode trazer um meio de comunicação entre a família e a criança no processo da perda.

REFERÊNCIAS

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. 2. Ed. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

LOUZETTE, F.; GATTI, A. **Luto na infância e suas consequências no desenvolvimento psicológico**. Revista eletrônica. Ago, ano I, nº 1, pg 77-79. Disponível em <_ftp://ftp.usjt.br/pub/revistaic/pag77_edi01.pd> Acessado em 10 de outubro de 2013.

LONGAKER, C. **Esperança diante da morte**: preparando espiritualmente a partida. Trad. Pedro Ribeiro. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. (P. C. Ramos, Trad.), 5ª. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MAUTONI, M. A.; SOARES, E. G. **Conversando sobre o luto**. São Paulo: Ágora, 2013.

- MELO, A. R. P. P. **Processo de Luto:** o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. [s. l.] [s.e]. 2004. Disponível em: < <http://www.integra.pt/textos/luto.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2013.
- NASIO, J. D. **A dor de amar.** (tradução André Telles e Lucy Magalhães) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- PARKES, C.M. **Luto:** estudos da perda na vida adulta. Trad. Maria Helena Pereira. São Paulo: Summus, 1998.
- OCARIZ, M. C. **O sintoma e a clínica psicanalítica.** O curável e o que não tem cura. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2003.
- WALSH, F. & MCGOLDRICK, M. **A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience.** In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), Working with the Dying and the Bereaved. London: MacMillan Press Ltd, 1998.
- WEININGER, O. **Da teoria à realidade em M. Klein.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

QUERO SER HOUSE : UMA DISCUSSÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE IDENTIDADE DO ESTUDANTE DE MEDICINA¹³⁸

Mônica Ramos Daltro¹³⁹

Aicil Franco¹⁴⁰

Milena Pereira Pondé¹⁴¹

*

RESUMO

Esse trabalho apresenta um discussão sobre a formação da identidade de estudantes de medicina na contemporaneidade. O perfil do estudante que ingressa no curso médico no Brasil revela características de personalidade bem específicas: indivíduos jovens, com personalidade auto-exigente, que fizeram uma escolha profissional precoce e vivenciam um momento biopsicossocial marcadamente adolescente. Inseridos num contexto geracional narcisista, voltado para o consumo e sustentado em valores individualistas, esses jovens têm como desafio constituir uma identidade profissional madura, humana e capaz de responder a suas demandas de consumo e simultaneamente dar conta de uma experiência educacional que exige altas cargas horárias de aula, estudo, sustentado numa cultura de sacrifícios, que se opõe ao discurso hedonista da juventude

¹³⁸ Endereço para correspondência:

Mônica Daltro Rua Rodrigo Argolo 279/502 – Rio Vermelho- CEP 41.940-220
Salvador-BA Tel . 71 87848493 monicadaltro@bahiana.edu.br

¹³⁹ Psicóloga, Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pelo Programa de pós-graduação em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Professora Assistente e Coordenadora do Curso de Psicologia da EBMSP

¹⁴⁰ Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo – USP Professora Adjunta do Curso de Psicologia da EBMSP

¹⁴¹ Psiquiatra , Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia , Pós doutora pela Universidade Mcguill – Canadá. Professora Adjunta do Curso de Medicina e do Programa de Pós-graduação da EBMSP

contemporânea. Nessa revisão de literatura, a população de estudantes brasileiros é caracterizada, discute-se as contradições envolvidas no processo de constituição de uma identidade profissional, chamando atenção para o sofrimento psíquico envolvido na constituição de uma identidade fundamentada na ilusão onipotente de poder.

INTRODUÇÃO

O personagem *House*, da série de TV, interpretado pelo ator inglês Hugh Laurie, tem se constituído o modelo de médico idealizado pelos jovens estudantes que anseiam em ser médicos. Que médico é esse? *House* é um detetive, arrogante, solitário e infeliz, maltrata e desqualifica pacientes e amigos e amores. Mas tem charme, estilo e provoca a admiração de todos, por exibir um poder, circunscrito ao poder saber *tudo*. Será que esse o modelo de médico responde às demandas da sociedade brasileira? Será possível ocupar essa posição sem sofrimento?

A saúde mental do estudante de medicina no Brasil vem sendo alvo de estudos desde a década de 50, que apontam para um consenso de que o percurso acadêmico médico é marcado por uma série de vivências de crise. Tais vivências dizem respeito às especificidades do processo de formação e à posição subjetiva em que se encontram os estudantes durante este percurso^{1,2}. O perfil sociodemográfico do estudante de medicina brasileiro é de jovens predominantemente de nível sócio econômico médio e alto, com idade entre 17 e 25 anos e procedentes de regiões urbanas^{3,4,5}. Trata-se de jovens inexperientes em relação à vida, dependentes dos pais financeira e emocionalmente e com um período entre seis e dez anos até a conclusão da formação.

Ao ingressar na universidade o estudante do curso médico se depara com uma estrutura voltada para a formação de adultos, que lhes demanda autonomia, responsabilidade e maturidade e lhe oferece uma experiência educacional que exige altas cargas horárias de aula, estudo, urgências de ingresso em grupos de pesquisa, produção de artigos,

monitorias, avaliações voltadas para a memorização, competição, meritocracia. Uma estrutura sustentada numa cultura de sacrifícios e jogos de poder. Sabe-se, no entanto, que fizeram uma escolha profissional muito precoce, se encontram num momento biopsicossocial frágil, e o encontro com essa nova lógica cria um solo fértil para o aparecimento de conflitos psicológicos e problemas mentais^{4,5}.

A juventude contemporânea brasileira em termos histórico-sócial não traz no seu discurso identitário a crença ou sonho de transformar o mundo, está inserida num mundo de referências narcísicas e apresenta como referencial básico a crença de que tudo depende de seu esforço pessoal (meritocracia), regida por valores conservadores ligados ao consumo e ao conforto pessoal⁶. Esses jovens encontram na medicina uma possibilidade de carreira próspera, com algumas garantias de reconhecimento social e econômico, que podem justificar os sacrifícios pessoais e materiais que envolvem essa escolha.

Enquanto calouro, o estudante, vivencia a glória e o sucesso por ingressar na universidade, carregando consigo uma carga de fantasia e expectativa em relação à nova experiência. Depara-se com uma realidade que envolve uma linguagem particular, distintas formas de se relacionar com os professores, colegas, livros, espaço e com a própria instituição. O descanso esperado, depois da conquista do vestibular, é substituído pela cultura do sofrimento, e uma série de outras exigências se impõem, que geram a descoberta de que não sabem estudar, aprenderam a decorar muito, a pensar pouco e a pesquisar nada. A nova tarefa de aprender por conta própria e de investigar coloca-o diante da incômoda situação de “errar sozinho”⁵.

O contexto em que os estudantes de medicina vêm sendo formados está marcado pela ambiguidade. Os valores formativos do novo século se baseiam no consumismo e consequentemente os referenciais passam a ser provisórios e descartáveis. O mercado de trabalho mudou, as perspectivas de emprego são cada vez menores, com garantias de futuro mais instáveis. Os referenciais familiares, que antes transmitiam os valores e possibilitavam as constituições identitárias também foram transformados e novas referências passaram a dar sentido à existência e ao mercado de trabalho.

As especificidades da cultura contemporânea parecem muito se contrapor aos ideais humanistas que originalmente fundamentavam a escolha pela medicina. O altruísmo dá lugar ao narcisismo, enquanto o consumo agregado à tecnologia permite uma nova dimensão do tempo e espaço e novos esforços de atualização, que muitas vezes substituem o histórico paradigma médico de que a “clínica seria soberana”. Atentos ao sucesso auto-referente, jovens do mundo contemporâneo priorizam a exposição e a estetização de si mesmo como objetivo máximo da existência e a partir desses referenciais, criam identidades fundadas em ilusões de onipotência⁷:

“O indivíduo passa a esculpir seu eu como ocupação fundamental da sua existência. O outro não importa tanto e pode não representar mais nada para o sujeito. O que passa a importar para a individualidade é a construção de sua carreira, de sua identidade profissional - os únicos valores que norteiam sua existência e sua maneira de ser. Institui-se então o carreirismo como percurso fundamental das individualidades, pois nada mais importa” (Birman, 1997,228)

O discurso biomédico hegemônico, no qual se fundamenta o processo de formação da identidade médica, potencializa tais valores, na medida em que sustenta uma imagem de médico onipotente e individualista, quando privilegia a doença, o exame, a tecnologia, o “todo saber” médico em detrimento do humano e toda a sua complexidade social e subjetiva⁸.

Pode-se observar na formação médica uma maximização dos ideais de “pessoalidade”, típico do mundo contemporâneo. Nela, elementos anteriormente tidos como importantes para a identidade do médico, como a idéia de singularidade, desejo, laço social, vocação, o amor à profissão e saúde, passam a ocupar um lugar secundário². Trata-se de um elaborado trabalho de “dessubjetivação” do sujeito, do doente, da comunidade, no qual o processo educativo esforça-se por reforçar os valores de alienação emocional e negação da vulnerabilidade⁸. Nesse contexto geracional em que o jovem estudante inserido, nesse momento histórico, ancora as suas referências

identitárias na construção de um projeto de carreira que lhe ofereça garantias futuras de consumo, de mercado, de presultados, que pode ou não ter finalidades altruístas.

Ser médico passa a ser um projeto narcísico, muito exigente, permeado por fantasias e ilusões onipotentes, gerando conseqüências na saúde mental do estudante e do profissional de medicina. No imaginário coletivo o médico é aquele sujeito racional, cientista, forte, seguro, bom, exigente consigo mesmo, competente, que não comete erros, sabe tudo e tudo pode ⁹. Assim como o personagem da série de TV americana *House*, independente do preço paga pelo paciente, pelo próprio corpo, pelos amigos, pelas relações de amor, o que importa é o saber, que emerge como referencia ao poder.

O discurso que sustenta formação da identidade do médico organiza-se a partir de exigências, sendo a principal delas que o sujeito abra mão da sua pessoa para dar conta dos mitos, criando assim uma identidade ilusória com padrões de “super-exigente” de ser e saber⁸ (Hoirisch, et al.,1993). Fora dos seriados o que se observa são sujeitos sem a possibilidade de subjetivar de forma produtiva o mal-estar que envolve o desempenho da profissão, a saber: o trato com a morte, a doença, as conseqüências do erro médico, o confronto com a condição humana de desamparo e dependência ^{2,4,8}. Sem a possibilidade de subjetivar esse *mal-estar* tendem a adoecer, produzindo sintomas em níveis físicos, sociais e relacionais.

O *locus* dessa cultura é sem dúvida a Universidade, com sua estrutura educacional voltada para a formação de “adultos”, focada na transmissão de conteúdos de natureza cognitiva, reprodutora de relações de poder que desdenham do que é singular, vulnerável. Discutir as questões subjetivas presentes na experiência de graduação é frequentemente considerado uma experiência de infantilização do estudante, um equívoco, que apenas restringe a função formativa das universidades e conseqüentemente a complexidade presente na vida estudantil, que indubitavelmente ultrapassa a aquisição de conhecimento teórico-científico, mas refere-se a processos de transformação, de desenvolvimento de competências em distintas dimensões. Dimensão que atingem toda a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Filho, N, Mari JJ, Coutinho E. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multacentrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. Rev Psiq Clin. 1999;26(5):237-45.
- Bellodi PL. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Birman, J. (2009). *Cadernos sobre o mal: Agressividade, violência e crueldade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Grosseman S. Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: UFSC, 2006.
- Hoirisch A, Barros DIM, Souza IS. Orientação psicopedagógica no ensino superior. São Paulo: Cortez, 1993.
- Loreto G. Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários. Recife; 1985. Mestrado [Dissertação] - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
- Marcondes E, Gonçalves E. Educação médica. São Paulo: SAVIER, 1998.
- Millan R, De Marco O, Rossi E, Arruda P. O universo psicológico do futuro médico: vocações, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Soliani, M.L. O Mal-Estar Na Medicina: Reflexões sobre o ser e o fazer médicos, UFRJ – Instituto de psicologia, Programa de pós-graduação em teoria Psicanalítica Defesa de Mestrado in 20001 RJ/SSA

**AÇÕES DE COMBATE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES POR MEIO DE ENCONTROS DE SENSIBILIZAÇÃO NOS CENTROS
DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VOLTA REDONDA/RJ**

Antonio Augusto Pinto Junior; Karen Aparecida Torres de Souza; Elisa Pereira Sá Pinto; Samantha Machado da Silva; Greicy Karla Teles Pereira Moreira; Janielly Gonçalves dos Santos; Fernanda Aline de Souza; Mariana de Faria Calefi; Grazielle Akerman Fraga P. Mello; Elizangela Aparecida da Silva; Natasha Sofia Reis Balbino; Edson Dias Barbosa Junior; Fernanda de Sá Oliveira; Tila Galantini de Souza; Caroline Francisca Littig Pinto; George Mendonça da Costa (Universidade Federal Fluminense – UFF – Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda)

Resumo:

O presente trabalho descreve os resultados de um projeto de extensão do Departamento de Psicologia do Polo Universitário de Volta Redonda, da Universidade Federal Fluminense, que objetivou a sensibilização e conscientização dos usuários dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) sobre as questões relacionadas à prevenção da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA). Foram realizados 11 encontro com as comunidades atendidas, contabilizando a participação de 192 usuários. Após a apresentação de um vídeo instrucional, foram discutidas as modalidades de violência doméstica, consequências, indicadores comportamentais, formas de denúncia e notificação, e modelos “não violentos” de educação familiar. Ao término dos encontros, os participantes responderam a um questionário de avaliação, em que deveriam descrever os pontos positivos e negativos do trabalho realizado, além de propor sugestões para os futuros encontros. A análise desses questionários aponta que a maioria avaliou positivamente o trabalho, destacando a melhor compreensão sobre o fenômeno, a orientação de como proceder com os casos, e a identificação de outras formas de pedagogia familiar e da criança sem o emprego da violência. Poucos foram os pontos negativos elencados, e a maioria versa sobre os horários e a duração das reuniões. Como

sugestões, a população destacou a necessidade de estender esse trabalho para a comunidade escolar e outras instituições sociais.

Palavras-chaves: Prevenção; Violência Doméstica; Crianças e adolescentes; Assistência Social.

Introdução

Atualmente, a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente (VDCA), em todas as suas modalidades (física, sexual, psicológica e negligência), vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social quanto um problema de saúde pública, em função dos altos índices de incidência na população mundial, aliados às graves sequelas e transtornos desenvolvidos pelas vítimas.

A abordagem profissional deste fenômeno apresenta inúmeras dificuldades, pois se caracteriza como um problema que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e por estar envolvido por dispositivos de velamentos que, muitas vezes impedem sua identificação e notificação.

A vivência de VDCA, de acordo com vários estudos, pode trazer sérias consequências para a vítima, implicando em distúrbios de personalidade, cognição, adaptação social e outros.

Sobre isso, Buckley e Whelan (2008) realizaram uma revisão de trabalhos (literatura de 1995 a 2006) sobre o tema, enfocando os efeitos da vitimização doméstica sobre a saúde e o desenvolvimento de crianças e jovens. A partir da análise, os autores concluíram que as crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica (física, sexual e psicológica) ou que a presenciam no relacionamento conjugal de seus pais apresentam maior risco de desenvolverem problemas emocionais e comportamentais, e de sofrerem outras adversidades em suas vidas.

Também Gilbert et al. (2008) afirmam que a exposição de crianças e adolescentes a vários tipos e a repetidos episódios de violência doméstica está associada a um maior risco de desenvolver graves consequências psicológicas. A violência contra criança e adolescente tem efeitos sobre a saúde mental, alcoolismo e drogas, comportamento sexual de risco, obesidade, e condutas criminosas, que persistem na vida adulta.

Especificamente sobre a violência sexual, Stoltenborgh et al. (2011), em uma pesquisa de meta-análise visando mapear a prevalência mundial desse fenômeno, encontraram 217 publicações entre 1980 e 2008, incluindo 331 amostras independentes com um total de 9.911.748 participantes. A prevalência global estimada de abuso sexual infantil foi de 127/1000 nos estudos de auto-relato e 4/1000 em estudos de protocolos de denúncia. Auto-relatos de violência sexual foi mais comum entre as mulheres (180/1000) do que entre os participantes do sexo masculino (76/1000). Taxas mais baixas para as meninas (113/1000) e meninos (41/1000) foram encontrados na Ásia, e maiores taxas foram encontradas para as meninas na Austrália (215/1000) e para os meninos na África (193/1000). Os resultados dessa pesquisa confirmam que a violência sexual infantil é um problema mundial e que os recursos metodológicos de identificação desse tipo de violência devem ser considerados nos estudos de prevalência.

Em um estudo sobre a violência psicológica, Trickett et al. (2008), nos Estados Unidos, pesquisaram uma amostra da população urbana, de crianças e adolescentes jovens do sexo masculino e feminino, identificados como vítimas de violência doméstica por uma Instituição de Proteção à Infância daquele país. Por meio de um questionário de sondagem identificaram que quase 50% da amostra foram vítimas de abuso psicológico. A maioria dos jovens psicologicamente abusados também sofreram abuso físico (63%) e/ou negligência (76%), o que confirma os dados de outras pesquisas que comprovam que crianças vitimizadas no ambiente doméstico sofrem de mais de um tipo de violência. Os autores concluem que a violência psicológica, embora frequente, raramente é o foco de investigação pelos serviços de proteção infantil, mas pode ser também perigosa para a saúde mental e o bem-estar das vítimas. Esses dados corroboram o que Horner (2011) destaca acerca deste tipo de violência, ou seja, que é mais difícil de identificar e definir, e que não há dados epidemiológicos confiáveis de violência psicológica contra crianças.

A partir do exposto e devido às graves consequências da experiência de exposição à violência doméstica nas diversas áreas do desenvolvimento das vítimas, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de identificação precoce dos casos, visando, principalmente, à prevenção desta experiência e o planejamento das intervenções psicossociais.

Especificamente no que se refere à prevenção é importante destacar que este conceito é, de acordo com Minayo e Souza (1999), uma categoria fundamental que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos e aos componentes dos atos terapêuticos dirigidos a esses agravos. De acordo com as autoras, esse nível de atenção se divide em três níveis: primário, secundário e terciário.

Sobre a prevenção da VDCA, o nível primário deve compreender as ações voltadas para a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre as medidas preventivas da violência para que possam atuar, por meio de palestras e campanhas informativas, com pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário deve incluir formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce dos casos de VDCA. Já o nível terciário abrange o atendimento em unidades hospitalares, institucionais ou comunitários, envolvendo maior grau de complexidade, com o objetivo de desenvolver estratégias de tratamento e/ou reabilitação das vítimas e dos agressores (GOMES;SILVA; NJAINE, 1999).

Porém, de acordo com Azevedo e Guerra (2011), embora haja, hoje, um consenso de que é necessário se investir em pesquisas, estudos e projetos de prevenção da VDCA, principalmente no nível primário, esse fenômeno, ainda, é um tema esquecido e “menorizado” na literatura científica, necessitando, assim, de maior atenção dos pesquisadores de diferentes campos do saber.

A partir do exposto, e entendendo que a prevenção e o enfrentamento da VDCA exigem a construção e efetivação de uma rede de proteção envolvendo vários atores e setores da sociedade, o presente trabalho sintetiza os principais resultados de um projeto de extensão realizado nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro, no ano de 2012, cujo objetivo foi a sensibilização e a

mobilização dos grupos comunitários para se criar uma nova cultura que reconheça a criança e o adolescente efetivamente como sujeitos de direitos e para desenvolver modelos de educação familiar não violentos.

Métodos

Inicialmente, foram estabelecidos os contatos com a Secretaria de Ação Comunitária e com os coordenadores dos CRAS para a apresentação do projeto e agendamento das palestras para os usuários da Assistência Social do município.

Cada encontro nas unidades dos CRAS teve em média a duração de duas horas, e foram seguidas as seguintes etapas: a) apresentação de um vídeo instrucional sobre a VDCA e discussão das concepções teóricas do tema, suas definições, epidemiologia e consequências; b) apresentação e discussão acerca dos indicadores comportamentais da criança, do agressor e da família vitimizada que facilitam a identificação dos casos; c) apresentação da trajetória de intervenção, apresentando os recursos disponíveis para as denúncias e de encaminhamentos necessários; d) apresentação e discussão de modelos “saúdáveis” de educação da criança, visando à construção de modelos mais adequados da pedagogia familiar, sem o uso de da violência e maus-tratos, e) discussão final e encerramento, buscando realizar a avaliação do encontro pelos usuários dos CRAS por meio de um questionário em que se solicitava deles o apontamento dos pontos positivos e negativos do trabalho realizado e as sugestões para outros encontros.

Após a realização de todos os encontros, procedeu-se a análise dos dados dos questionários através da categorização das respostas dos usuários presentes nos encontros de sensibilização.

Resultados

Ao longo de 2012 foram realizados encontros em 11 unidades de CRAS chegando-se ao total de 192 usuários participantes. Do total dos participantes do projeto de extensão, 178 eram do sexo feminino e apenas 14 do sexo masculino.

Destes, 96 usuários responderam ao questionário¹⁴², sendo 90 mulheres entre 15 e 76 anos (dentre elas 09 aposentadas, 51 donas de casa, 25 empregadas domésticas e 05 estudantes), 06 homens entre 13 e 76 anos (sendo 03 aposentados, 01 estudante, 01 desempregado).

Sobre a análise dos pontos positivos e negativos, e as sugestões dos usuários para os futuros encontros, a tabela 1 sintetiza os principais resultados.

Tabela 1. Respostas dos participantes dos encontros nos CRAS sobre a avaliação do trabalho realizado

AVALIAÇÃO	N	%
Pontos positivos		
Esclarecimentos sobre VDCA	51	39
Pensar em formas de educação sem violência	45	35
Orientação sobre como agir (denunciar)	34	26
Total	130	100
Pontos Negativos		
Nenhum	67	65
Tempo insuficiente	32	31
Horário inadequado para o encontro	04	04

¹⁴² O fato de a maioria dos participantes não responder ao questionário pode estar relacionado com a baixa escolaridade dos participantes, sendo muitos deles analfabetos e/ou com dificuldade de leitura e escrita. Dessa forma, para a continuidade do projeto sugere-se outra forma de avaliação do trabalho realizado.

Total	103	100
Sugestões		
Estender palestras para as escolas	23	77
Mudança de horário das reuniões	04	13
Levar depoimentos em vídeo	03	10

Quando questionados sobre os pontos positivos do trabalho de prevenção da VDCA, os usuários apontaram: a compreensão sobre o fenômeno, a orientação de como proceder com os casos, e a identificação de outras formas de pedagogia familiar e da criança sem o emprego da violência ou força física.

Esses dados mostram que estratégias como essa desenvolvida nesse projeto de extensão podem desmistificar conceitos e ideias errôneas acerca da VDCA e da pedagogia familiar, favorecendo uma compreensão correta da população sobre esse fenômeno para poder preveni-lo de maneira eficaz, impedir sua reprodução, ou mesmo nortear formas de notificação ou denúncia corretas dos casos.

Sobre os aspectos negativos identificados pelos usuários dos CRAS no trabalho desenvolvido, verificou-se que a maioria não encontrou pontos negativos, e aqueles que os identificaram apontaram a necessidade de mais tempo para essa discussão e mais aprofundamento do tema em encontros posteriores, revelando a aceitação e a adesão ao trabalho desenvolvido pela equipe.

Acerca das sugestões dos participantes dos encontros para os futuros trabalhos de prevenção da VDCA, embora muitos não tenham respondido a essa questão, verificou-se a necessidade de estender esses encontros para outras comunidades ou instituições públicas, como as escolas municipais, a mudança de horário dos encontros, pois na maioria das vezes esses eram realizados no período da manhã (horário em que as mulheres estão preparando o almoço ou cuidando da casa), e levar depoimentos de sobreviventes de VDCA em vídeo para enriquecer o debate.

Considerações Finais

Embora não tenha sido possível atingir toda a rede de Assistência Social do município de Volta Redonda, que possui atualmente 33 unidades de CRAS, em função da dificuldade de estabelecer, inicialmente, parceria com a respectiva Secretaria Municipal, e da greve das Universidades Federais, que prejudicaram o cronograma das palestras, os dados apresentados neste trabalho apontam para a eficácia da proposta apresentada, bem como para a sua aceitação junto à população atendida.

Os dados revelam que, por meio da proposta do projeto de extensão aqui apresentada, muitos participantes podem mudar conceitos e representações acerca da VDCA, o que poderá favorecer a sua prevenção a partir do engajamento no combate a este tipo de problema social que aflige a vida de crianças e adolescentes brasileiros, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais digna para os nossos jovens.

Deve-se salientar que no ano de 2013 estamos dando continuidade ao trabalho para atingir a totalidade das unidades do CRAS do município, e desta forma, abranger todas as comunidades atendidas pela rede de Assistência Social de Volta Redonda.

Referências

- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Violência doméstica na infância e na adolescência**: uma nova cultura de prevenção. São Paulo: Plêiade/FAPESP, 2011.
- BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature: **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 8, p. 797-810, 2008.
- GILBERT, R., WIDOM, C.S., BROWNE, K.; FERGUSON, D., WEBB, E.; JANSON, S. Child Maltreatment: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68 – 81, 2008.

- GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.
- HORNOR, G. Emotional Maltreatment. **Journal of Pediatric Health Care**. In Press, 2011.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 07-32, 1999.
- STOLTENBORGH, M., IJZENDOORN, M.H.; EUSER, E.M.; BAKERMANS-KRANENBURG, M.J. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. **Child Maltreatment**, v. 16, n. 2, p. 79-101, 2011.
- TRICKETT, P.K., MENNEN, F.E., KIM, K.; SANG, J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. **Child Abuse & Neglect**, v. 33, n. 1, p. 27-35, 2009.

CONFLITOS ESCOLARES SOB O ENFOQUE DA JUSTIÇA RESTAURATIVA

Claudia dos Santos Lima¹⁴³

. Maria Geralda Viana Heleno¹⁴⁴.

RESUMO

O trabalho teve como tema, Conflitos Escolares sob o Enfoque da Justiça Restaurativa e aborda a violência na escola, a escolha do tema deveu-se ao fato de a violência nas escolas públicas brasileiras ter sido frequente tornando-se assunto diário na mídia nos últimos anos, esta que gera consequências devastadoras que afetam a formação da cidadania principalmente quando envolve crianças e adolescentes. Optou-se pelo método de pesquisa qualitativo por buscar compreender os fenômenos e fatores existentes por detrás da violência, Teve como objetivos: avaliar a percepção de segurança dos alunos e da comunidade escolar, avaliar a situação socioeconômica dos alunos e descrever os círculos restaurativos realizados no ambiente escolar. Participaram da pesquisa 300 indivíduos de uma escola pública do Amazonas. Divididos em 248 alunos, 49 servidores distribuídos entre professores, administrativos, merendeiras, auxiliares de serviços gerais, vigia entre outros. E 03 pais que representaram a comunidade. Sendo 148 do sexo masculino (49%) e 152 do sexo feminino (51%). Com idade média de (18,82) anos. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário contendo (11 itens), a escala sobre violência na escola contendo (8 itens) e os procedimentos dos círculos restaurativos. Os sujeitos foram esclarecidos e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados pelo programa SPSS-20.0. Observou-se uma forte correlação positiva e significativa entre as variáveis de percepção da violência na sala de aula com a

¹⁴³ Estudante de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

¹⁴⁴ Professora Doutora Orientadora- Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

escola ($r=0,612$; $p<0,01$) e uma correlação moderada entre as variáveis na sala de aula com os arredores da escola ($r=0,509$; $p<0,01$). Diante dos resultados é possível concluir que existe associação da violência nos diversos contextos estudados, desde a saída da residência até dentro da sala de aula.

Palavras-chave: Saúde. Justiça restaurativa. Violência. Adolescência. Educação. Desigualdade social.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o fenômeno da violência nas escolas brasileira envolvendo crianças e adolescentes, tem se intensificado, demonstrando ser um assunto que vem causando inquietação e preocupação de autoridades dos judiciários e dos profissionais que lidam com os direitos das crianças, dos adolescentes e da juventude. No Amazonas e no município de Benjamin Constant o fenômeno não é alheio.

O estudo focou a questão da violência de forma global, porém o foco central foi à violência nas escolas. Por conceber a violência na escola como um problema social, que envolve vários fatores, sendo que o de maior destaque é o bullying definido por Campos e Jorge (2010) como as atitudes agressivas, que em muitos casos são intencionais e repetitivos envolvendo uma ou mais pessoas e acontece quase sempre por causas banais. Ou seja, sem motivação evidente, causando na vítima dor, angústia e comprometimento da aprendizagem de todo o ambiente escolar e se manifesta de várias formas, geralmente envolvendo adolescentes e jovens, em alguns casos o conflito acontece dentro do espaço ou aos arredores da escola, ou comunidade. Frente a estas questões, é que se justificou a importância desse tipo de trabalho no combate a violência nas escolas.

Diante do exposto, entende-se que o lugar mais apropriado para o uso dos pressupostos da justiça restaurativa seja a escola. Portanto, o estudo teve como objetivos avaliar a percepção de segurança dos alunos e da comunidade escolar, avaliar

a situação socioeconômica dos alunos envolvidos em conflitos escolares e descrever os círculos restaurativos realizados no ambiente escolar.

VIOLÊNCIA ESCOLAR E DESIGUALDADE SOCIAL

Para Minayo (1994) a violência só poderá ser compreendida a partir de uma visão histórica e dialética, devendo ser abordada como um problema complexo e dinâmico que está relacionado com os fenômenos de natureza biopsicossocial, por acreditar também que a violência se relaciona com as questões sociais que dizem respeito à vida em sociedade como a política, a economia, a moral, o direito, a Psicologia, ou seja, faz parte das relações humanas. Portanto, afirma a autora, é preciso interpretá-la a partir de suas especificidades histórica.

Assim como Minayo, vários autores que estudaram o assunto mostram que tais fenômenos estejam correlacionados. Pereira (2001) sustenta que toda ideologia capitalista resulta na exclusão social onde uma pequena parcela da sociedade vive uma vida que é alheia a maioria da população, estas que vivem as margens da sociedade, cercadas pela miséria e a marginalidade social e já representa pelo menos 1/3 da população dos países mais ricos e mais da metade nos países mais pobres. Já Levisky (2000) chama atenção quando fala que ao lado de tantas tecnologias, presenciamos uma violência digna do homem primitivo está que acontece em toda parte como nas relações familiares, nas escolas, nas ruas, nos meios de comunicação, nas filas, nas relações institucionais e no lazer.

Há muito se trata o fenômeno da violência como desvio de personalidade e desajustes sociais de sujeitos que fogem as normas que regem a sociedade. Por outro lado à questão social resultante da globalização econômica e tecnológica, como afirma Pereira (2001), acentuou ainda mais as desigualdades e exclusão social entre as classes. Para Violante (2000, p. 65) “esse imaginário social atribui para o despreparo

destes sujeitos como a desqualificação da mão de obra de que são portadores. Tornando o “despreparo” como causa de suas precárias condições de vida e de trabalho e não como sua consequência”.

Ao tratar questões sociais como se somente os indivíduos fossem responsáveis pela sua situação, o Estado, que ao invés de reparar os danos causados pelo atual sistema, se aproveita da alienação dos oprimidos para obter privilégios. Assim, os problemas que poderiam ser solucionados com políticas que reparassem os danos e especializassem a juventude, terminam camuflando-os sem dar uma resposta satisfatória às causas, entre as quais a violência. Desse modo Minayo (1994) afirma que o conhecimento adquirido sobre o assunto, leva-nos as considerações consensuais, possibilitando na concepção de que este fenômeno é controverso em vários aspectos, e nos auxilia ainda compreender que a questão da violência esteja realmente relacionada às questões sociais a que vivem nossos jovens e adolescentes. Freitas e Ramires (2010) ressaltam que é importante que qualquer estratégia de prevenção da criminalidade deva considerar a existência de uma série de fatores que predisõem a ocorrência dos atos violentos. Nesse sentido, afirma que qualquer ação de prevenção deve ser de caráter multissetorial. Considerando-se que a violência é um fenômeno complexo e multifacetado, os programas de prevenção à sua ocorrência também devem ser para que alcancem êxito. A autora reforça a ideia de que nenhuma ação, sozinha apresenta resultados tão positivos quanto aqueles que são desenvolvidos de forma integrada.

Levisky (2000) aponta alguns exemplos que caracterizam os mecanismos psicológicos inconscientes que são muitas vezes insignificantes, mas que ultrapassam a possibilidade de o indivíduo suportar, dentre estes a corrupção, o descaso pelas minorias, as injustiças sociais e econômicas e as legislações fraudulentas que geralmente são elaboradas para preservar pequenos grupos controladores do poder, onde os líderes poderosos e alheios às necessidades da população visam apenas às gratificações pessoais.

A violência no Brasil

Observa-se que a questão da violência no Brasil, é um tema bastante estudado e debatido pela sociedade e pesquisadores, porém, é preciso encontrar novas e criativas soluções que venham amenizar esse mal que acomete e aflige a sociedade brasileira, que infelizmente se manifesta com frequência dentro das escolas públicas. Para Mariel et al (2006) a escola é um lugar privilegiado para refletir sobre as questões que envolvem crianças e jovens, pais e filhos, educadores e educandos, bem como as relações que se dão na sociedade. É também nesse universo onde a socialização, a promoção da cidadania, a formação de atitudes, opiniões e o desenvolvimento pessoal podem ser incrementados ou prejudicados.

A violência no Estado do Amazonas

Vale lembrar que a prevenção da violência nas escolas públicas do interior do Amazonas é fundamental já que os casos de conflitos escolares também são frequente o que pode ser comprovado com os dados da pesquisa realizada por Maia e Barreto (2012). em um município no interior do Amazonas onde foram coletados e analisados casos de agressão física, ameaças de todas as formas como: raptos, desaparecimentos, tentativas de estupro, estupro, abuso sexual, atropelamento, aliciamento, calúnia e difamação, mostrando que grande parte dos casos registrados é de agressão física, que aparece em 49 dos casos (25,39%). Desses 6 (seis) foram acompanhados de maus-tratos físicos, furto e ameaças. Os casos de agressão física incluem abuso sexual e são acompanhados de aliciamento. Entre os casos de agressão, um envolveu maus-tratos físicos praticados pelo pai contra uma criança menor de quatro anos. O estupro é outra das formas de violência com números próximos aos casos de agressão, com 48 casos (24,87%); as tentativas de estupro compreendem 46 (23,83%) casos; e as ameaças que englobam ameaças de morte e de sequestro compreendem 26 casos (13,47%).

A violência contra crianças e adolescentes no município de Benjamin Constant

Os casos de violência contra crianças e adolescentes no município de Benjamin Constant de acordo com o demonstrativo referente ao ano de 2012 divulgado pelo Conselho Tutelar somou 474 casos relacionados à violação de direito. Destes 168 estão relacionados ao crime de negligência, maus tratos somou 27, casos, ameaça 07 e os casos relacionados ao tratamento vexatório e constrangedor contabilizaram 27 notificações. Os casos de abandono do lar e abandono material somaram juntos 13 casos e as denúncias de abandono intelectual contabilizou 36 notificações. Problemas relacionados à alienação parental somaram 11 casos. Foram atendidos 04 casos de exploração sexual, 02 de omissão e 09 de estupro. O crime de aliciamento de menor aparece com 04 casos. Os crimes de assédio sexual e exploração do trabalho infantil totalizaram 03 notificações. Os crimes de agressão física, verbal e psicológica juntos somaram 26 denúncias. Os crimes foram cometidos contra crianças na faixa etária de 0 a 10 anos e contra adolescentes com idade entre 14 e 17 anos. Em relação ao parentesco dos agressores com as crianças e adolescentes, 115 dos crimes a violência foi cometida pela mãe, 93 pelo pai, 01 pelo padrasto, 46 pelo pai e a mãe e 56 por terceiros. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/90. Art. 5º) “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

Maial e Barreto (2012) reconhecem que a vitimização de crianças e adolescentes não é um fenômeno raro no Brasil, mas há de se reconhecer o impacto destas experiências sobre as suas vítimas. As autoras afirmam ainda que a caracterização dos fenômenos de violência que atingem as crianças é grandemente desconhecida, especialmente quando se trata de zonas do interior. As autoras chamam atenção para subnotificação dos casos de violência e dizem que uma parte significativa da violência não é denunciada nem pelas vítimas nem por outros, e por isso não é conhecida. Desta forma, a notificação dos casos que poderia contribuir para o aumento da possibilidade

de intervenção dos conflitos e assim reduzir os índices de violência contra essa população, a subnotificação contribui para que os agressores fiquem impunes. Minayo (1999) fala que quando a violência é praticada pelo adolescente, este é logo punido, porém, quando ele é a vítima o agressor permanece impune.

O MODELO DE JUSTIÇA RESTAURATIVA

No contexto internacional, o modelo de justiça restaurativa tem início com o movimento das Organizações das Nações Unidas – ONU ao pregar a cultura da paz visando amenizar os conflitos entre países por meio do diálogo e negociações. (UNESCO, 1998/1999). Shuck (2000) afirma que dentro deste contexto a Justiça restaurativa era vista como um modelo de justiça convencional por relaciona-se com a política de incentivo a uma cultura da paz e da não violência.

Essa nova abordagem permite que as pessoas afastadas pelo crime possam compartilhar abertamente seus sentimentos e experiências. Assim como seus desejos sobre como atender suas necessidades. Além disso, o modelo propicia a oportunidade para que a vítima obtenha a reparação dos danos, sentimento de segurança e a superação do problema da melhor forma possível, e ao ofensor possibilita a compreensão sobre as consequências do seu comportamento, além de oferecer a oportunidade do mesmo assumir a responsabilidade do seu ato de forma efetiva. Como também possibilita a comunidade compreender as causas subjacentes do crime e assim, promover bem-estar comunitário e a prevenção da criminalidade. Zehr (2008).

MÉTODO

Para realização deste estudo utilizou-se o método de pesquisa qualitativa buscando compreender e posteriormente descrever os fenômenos e fatores que desencadeiam a violência, está que interferem nas relações interpessoais no âmbito

escolar. Bogdan e Biklen (1991) consideram que a pesquisa qualitativa pode ser entendida como aquela em que os pesquisadores buscam compreender e descrever os fenômenos e significados do comportamento humano. Para Minayo (1999) a pesquisa qualitativa auxilia na interpretação de questões considerada alheias as estruturas sociais e relações humanas. O estudo embasou-se também nas considerações do método de justiça restaurativa por considerar que o problema da violência envolve vários fatores como: socioeconômicos, psicossociais, políticos e o bullying, estes que devem ser considerados como determinantes para instauração da violência. Zehr (2008).

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 300 indivíduos, divididos em 248 alunos, 49 servidores distribuídos entre professores, administrativos, merendeiras, auxiliares de serviços gerais, vigias entre outros, e 03 pais representando a comunidade. Sendo 148 do sexo masculino (49%) e 152 do sexo feminino (51%). Com idade média de (18,82) anos. Destes 210 se declararam solteiros (70 %), 33 casados (11%) e 57 com outra situação conjugal (19 %). A escolaridade variava entre fundamental incompleto (4%), ensino médio incompleto (83,9%) a mestrado completo (4%) e (8,1%) não declarou. O tempo de trabalho varia de 01 a 28 anos.

INSTRUMENTOS

A coleta dos dados se deu por meio de um questionário sobre violência na escola. De acordo com Ednir (2007) o instrumento permite medir o quão seguro os alunos e a equipe de uma escola se sentem e quais as formas de violência com a qual se confrontam. Outro instrumento utilizado foi a escala sobre violência na escola e na comunidade contendo (oito itens) que de acordo com Marriel et al., (2006) o instrumento permite conhecer os tipos de violência que os indivíduos sofreram na escola e na

comunidade. O instrumento possibilita avaliar a situação dos seguintes indicadores; humilhação; ameaça; agressão forte de modo a precisar de curativos ou ir ao médico; danificação proposital de algum pertence; convívio com pessoas que carregam arma de fogo e/ou branca; furto de objeto; subtração à força de dinheiro ou alguma coisa. Outro método adotado para coleta de dados foi à instauração dos círculos restaurativos. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o SPSS, versão 20.0.

PROCEDIMENTO

Para montagem dos círculos foram tratados apenas os casos de infrações disciplinares descritos por Ednir (2007) como desentendimento, rebeldia, ou atos inflacionais de natureza leve que para a autora são igualadas aos delitos de menor potencial cuja pena máxima não seja superior a 01 (um) ano. Em seguida prosseguiu-se com a criação do banco de dados, análise e discussão dos resultados sobre a percepção de violência na escola. Em seguida feita a transcrição dos conteúdos dos círculos restaurativos, a descrição e discussão teórica sobre a realidade socioeconômica e dos problemas psicossociais detectados entre as famílias dos alunos.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo, sob o nº 134.663, em 18/10/2012). Em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS. Para a participação dos menores os pais ou responsáveis autorizaram por meio da assinatura do TCLE. Os adolescentes foram informados sobre a pesquisa e orientados de que poderiam recusar-se a participar mesmo que seus pais ou responsáveis os tenham autorizados, e quando concordavam assinavam o Termo de Assentimento Informativo para menores. Todos os participantes foram informados de que suas identidades seriam preservadas e que poderiam recusa-se a participar ou não da pesquisa. Em seguida, foi-lhes solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 274 instrumentos sobre a violência na escola e na comunidade para alunos, professores e servidores da Escola, para medir o quão seguro os alunos e a equipe da escola se sentem e quais as formas de violência com a qual se confrontam ainda conhecer os tipos de violência que a comunidade escolar sofreu no último ano e no mês.

Tabela 9 - Dados sobre a percepção de segurança da comunidade escolar (n=274)

Como você se sentiu último mês?	S Seguro	%	Não muito seguro	%	Inseguro	%	Muito inseguro	%	Muito inseguro	%
Na sala de aula	160	58,4	94	34,3	8	2,9	09	3,3	03	1,1
Na escola		44,8	111	40,5	16	5,8	09	3,3	04	,5
Nos arredores da escola		35,0	127	46,4	34	12,4	13	4,7	04	,5
Entre a escola e residênc. vice versa	125	45,6	103	37,6	29	10,6	29	10,6	02	,7

Fonte: Dados coletados em pesquisa realizada em março de 2013.

A análise estatística descritiva dos valores médios das variáveis do estudo demonstrou resultados significativos. Sendo a média geral de ($M=1,37$; Alfa de Cronbach de $0,73$). Diante desses resultados conclui-se que existe uma forte evidência de violência nos diversos contextos estudados.

Em análise estatística dos coeficientes de correlação (r de Pearson) entre as variáveis do estudo verificou a correlação linear razoável e significativa com ($p > 0,05$; $p < 0,01$). Sendo ($r=0,390$) e entre a escola e residência e vice versa. Observou-se uma forte correlação positiva e significativa entre as variáveis de percepção da violência na sala de aula com a escola ($r=0,612$) e uma correlação moderada entre as variáveis na sala de aula com os arredores da escola ($r=0,509$). Diante dos resultados foi possível concluir que existe associação da violência nos diversos contextos estudados, desde a saída da residência até dentro da sala de aula. Sendo que a ocorrência de violência é maior nos arredores da escola, demonstrando desta forma, a necessidade de uma maior atenção dos órgãos públicos quando se fala de segurança pública dentro e fora das escolas.

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA DA COMUNIDADE ESCOLAR

A análise estatística das variáveis relacionada violência na escola e na comunidade mostrou que os índices de percepção de não muito seguro estão altos mostrando que boa parte da comunidade escolar não sente segurança. Almeida, Alencar e Fonseca (2009) que os atos delituosos de pequenas e grandes indisciplinas nas escolas o que justifica o sentimento de insegurança dos que a frequentam. Njaine e Minayo (2003) destacam que a responsabilidade social é um reconhecimento de que ambientes de convívios como a família e a escola refletem diretamente na socialização entre os jovens. Merecendo desta forma, atenção por parte do Estado garantindo assim

a defesa dos direitos humanos principalmente dos adolescentes devido a sua situação de pessoa em desenvolvimento.

A REALDADE SOCIECONÔMICA E PSICOSOCIAL DOS ALUNOS

Para conhecer a realidade socioeconômica e psicossocial dos alunos que se envolveram em conflitos durante o estudo realizou-se as visitas domiciliares. Por meio das visitas foi possível conhecer a vida dos alunos *in loco*. Foram realizadas 23 visitas, onde conhecemos alunos vivendo em condições desumana enfrentando inúmeros problemas, dentre os quais: conflitos familiares; pobreza extrema; dificuldade no acesso ou ausência dos serviços públicos básicos; desemprego; analfabetismo; negligência contra crianças, adolescentes e idosos e adolescentes vivendo em proximidade com drogas entre outros.

Um dos principais problemas do município de Benjamin Constant é a falta de emprego, os postos de trabalho são escassos e os que existem estão limitada aos serviços públicos e a remuneração é muito baixa. Além de serem usurpados pelos gestores para garantia de votos, principalmente para membros de famílias numerosas. Assim, essa escassez de empregos para os pais e muitos jovens faz que a desigualdade social aumente cada vez mais no interior do Estado do Amazonas. Silva (2005) destaca que os adolescentes e os jovens constituem um dos seguimentos da sociedade mais afetados pela crise no mundo do trabalho, já que é nessa população que se expressa às novas configurações da questão social do início do terceiro milênio. Segalin e Trzcinski (2006) também acreditam que a miséria agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade social dos jovens, estes que se veem tomados pelo desejo de uma roupa de marca, de um calçado de marca, ou mesmo de um boné. (e as tecnologias como: celulares, tablets e notebook entre outros).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir a partir dos resultados do questionário e da escala sobre violência na escola e na comunidade que a percepção de não segurança na escola estudada atinge patamares elevados sendo urgente a implementação de políticas públicas eficientes que possam combater e impedir ainda mais seu agravamento.

Diante disso, vale reforçar a necessidade da instituição escolar passar a ser um espaço multidisciplinar, com profissionais capacitados, para que desta forma possa-se oferecer uma educação voltada não apenas para o lado pedagógico, mas também o oferecimento de serviços humanizados visando à formação de cidadãos. Que esses profissionais além de humanizar o trabalho pedagógico, possam contribuir com o trabalho dos professores para que juntos possam solucionar os inúmeros problemas que as escolas públicas enfrentam entre estes a violência, o bullying e principalmente amenizar os problemas sociais que muitas famílias enfrentam.

É preciso tomar providencia para que possamos livrar nossas crianças e adolescentes de um futuro sombrio. É preciso protegê-las hoje para que amanhã não seja preciso puni-las. Infelizmente a lei na sua maioria ainda não se concretizou. Luta-se muito pela redução da maioridade penal. Porém, não existem lutas nem reivindicação pela verdadeira proteção de nossas crianças e adolescentes. Muito menos políticas públicas que ofereçam condições dignas de sobrevivência para essa população. Por tanto, para falarmos em redução da violência urbana, antes é preciso pensar na violência praticada contra as crianças e adolescentes do nosso país, já que a situação de vida dessas pessoas pode ser considera uma violência contra os direitos humanos e de cidadania das nossas crianças e adolescentes e da população carente das áreas suburbanas do Brasil.

REFERÊNCIAS

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e métodos. Porto: Porto, 1991.

EDNIR, M. (Org.). Justiça e educação em Heliópolis e Guarulhos: parceria para a cidadania. Rio de Janeiro: CECIP, 2007.

FREITAS, O. R.; AMIRES, J. C. Políticas públicas de prevenção e combate à criminalidade envolvendo jovens. Caminhos de Geografia [on line]. Disponível em: <<http://www.ig.ufrj.br/revista/caminhos.html>>. Acesso em: 30 maio 2012.

LEVISKY, D. L. (Org). Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira: aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e nas relações com a violência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MAIAL. C. A; BARRETO. M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. 2012. Disponível em: <http://guialocal.brasil.com.br/Analise_a_viol%C3%Aancia_escolar_manaus_amazonas-r1184616-Manaus_AM.html>. Acesso em: 17 jun. 2013.

MARRIEL. et al. Violência escolar e autoestima de adolescentes. Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 127, p. 35-52, jan./jun. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cp/v36n127/a0336127.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. (Coleção Saúde em Debate, 46).

MINAYO, M. C. S.; Edinilsa. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013483002.pdf>>. Acesso em 30 maio 2012.

PEREIRA. A. G. Globalização, novos rumos no mundo do trabalho. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2001.

_____. (Org.). Conselho tutelar do Município de Benjamin Constant – AM. Demonstrativo anual de 2012.

SCHUCH, P. Tecnologias da não violência e modernização da justiça no Brasil. O caso da justiça restaurativa. Civitas, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 1-26, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 maio 2012.

SILVA, M. L. O. O controle sócio penal dos adolescentes com processo judiciais em São Paulo entre a “proteção” e a “punição”. 2005. 113 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC, São Paulo, 2005.

SEGALIN, A.; TRZCINSKI, C. Ato infracional na adolescência: problematização do acesso ao sistema de justiça. Revista Virtual Textos & Contextos, v. 5, n. 6, p. 1-19, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 31 maio 2012.

UNESCO. Resolution A/RES/52/13: culture of peace. 1998. United Nations Resolutions. Disponível em: <http://www3.unesco.org/iycp/uk/uk_sum_cp.htm>. Acesso em: 20 mar. 2013

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência: os novos padrões de violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangarri, 2012.

VIOLANTE. M. L. V. (Org.). Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira: a perversidade da exclusão social. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ZEHR, H. Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a justiça. São Paulo: Palas Athena, 2008.

ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

**RELAÇÃO PAI-FILHA NA PERSPECTIVA DE FILHAS ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Lilian Regiane de Souza Costa¹⁴⁵

Manoel Antônio dos Santos¹⁴⁶

RESUMO

Os transtornos alimentares (TAs) têm maior incidência entre os adolescentes. Apesar do reconhecimento da importância da figura paterna na adolescência, principalmente em sua função interditadora da relação mãe-filho, poucos estudos abordam a paternidade no contexto dos TAs. O presente estudo objetivou investigar os psicodinamismos da relação pai-filha, a partir da perspectiva de filhas adolescentes com diagnóstico de TA. Participaram três adolescentes, aqui nomeadas como Vânia (18 anos, Bulimia Nervosa), Tânia (16 anos, Bulimia Nervosa) e Dália (17 anos, Anorexia Nervosa do tipo restritivo). Elas responderam a um roteiro de entrevista semiestruturada e completaram o Procedimento de Desenho de Família com Estórias (DF-E). As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados à luz da psicanálise. Tânia e Dália relataram um relacionamento distante com o pai, marcado por desconfiança e dificuldades de diálogo. Vânia relatou maior proximidade, porém retratou um pai idealizado, frequentemente, visto como invasivo. As três participantes indicaram a percepção de um pai autoritário e o desejo de atender as exigências paternas, invadidas pelo temor de não serem aceitas. Os dados apontam para a relevância da presença paterna nas vivências das filhas com TAs.

¹⁴⁵ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (NEPPS-USP-CNPq). Membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - GRATA (HC-FMRP-USP). Bolsista de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. E-mail: liliancosta_10@hotmail.com

¹⁴⁶ Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Palavras-chave: Transtornos alimentares, Relação pai-filha, adolescência.

1. Introdução

Os Transtornos Alimentares (TA) podem ser compreendidos como quadros psicopatológicos, nos quais se observam graves alterações no comportamento alimentar (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002). Dentre os TA, a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) figuram como quadros os mais recorrentes (ANDRADE; SANTOS, 2009).

A AN é caracterizada pela recusa do indivíduo em manter o peso corporal na faixa normal mínima esperada para sua idade e altura, além do medo patológico de ganhar peso, acompanhado pela distorção da imagem corporal. Dessa forma, o comportamento alimentar torna-se gravemente alterado, na busca pelo emagrecimento (BIGHETTI et al., 2007). A BN é diagnosticada quando a pessoa vivencia episódios recorrentes de comer compulsivo, acompanhados pelo sentimento de descontrole sobre o comportamento alimentar. Após os episódios de comer compulsivo, ocorrem atitudes compensatórias para evitar o ganho do peso, como indução de vômitos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR™ (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002), existem dois subtipos de AN, restritivo e purgativo. No subtipo restritivo, a pessoa realiza apenas comportamentos de restrição alimentar, já no subtipo purgativo também pode ocorrer episódios de compulsão e purgação. Assim, percebe-se que tanto na AN, quanto na BN podem acontecer episódios de purgação.

Miranda (2010) aponta que a manifestação dos conflitos dos indivíduos com TA ocorre, predominantemente, entre as mulheres, durante a adolescência. Com a irrupção das transformações corporais e as alterações psicológicas e sociais importantes, o adolescente vivencia lutos advindos da perda do corpo infantil e dos pais da infância. Nesse contexto de transição, o adolescente apresenta-se mais vulnerável a desenvolver comportamentos defensivos na tentativa de evitar as angústias decorrentes do processo de desenvolvimento desse período evolutivo.

Considera-se que são vários os fatores desencadeadores e mantenedores dos quadros de TA, como fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003). A literatura tem destacado o meio sociocultural, com a propagação de padrões de beleza com medidas antropométricas cada vez menores, aspectos da personalidade, como sentimentos constantes de insatisfação, receio de mudanças, hipersensibilidade e perfeccionismo e aspectos disfuncionais da dinâmica familiar (ANDRADE; SANTOS, 2009).

Os estudos que abordam a temática dos TAs dedicam-se consideravelmente à compreensão das relações estabelecidas entre mãe e filha, que são frequentemente mencionadas como fatores etiológicos da doença. A literatura aponta a figura de uma mãe invasiva, que possui dificuldades em se separar do bebê e que, por isso, mantém com ele um vínculo ainda fusional (MIRANDA, 2010). Em contraponto, a figura paterna fica em um segundo plano ou se quer é nomeada (SOUZA; SANTOS, 2006).

Nodin e Leal (2005), em estudo que buscava identificar as representações paternas de pacientes mulheres com AN, encontraram que para essas mulheres, o pai acaba por ter mais importância pela sua ausência do que pela sua presença. Gabbard (2006) também afirma que a maior parte das contribuições da literatura é em relação à díade mãe-filha, mas levanta alguns aspectos relevantes sobre a figura paterna. O autor menciona que existe um padrão característico de envolvimento paterno com filhas que desenvolvem AN, afirmando que parecem ser pais apoiadores, mas de forma superficial, que abandonam suas filhas nos momentos mais necessários. Lane (2002) fala em lares considerados disfuncionais, compostos por mães controladoras e pais ausentes.

Enten e Golan (2009) observaram empiricamente que o excesso de autoritarismo, assim como, a superproteção paterna estariam correlacionados positivamente com a presença de TAs na filhas. Os autores também encontraram que além do excesso, a falta de autoridade do pai também poderia influenciar o desenvolvimento de sintomas de origem alimentar em adolescentes.

Embora os estudos focalizem a relação mãe-filha, já se tem documentado o conhecimento de que a figura paterna tem função importante na constituição da

personalidade e identidade do indivíduo desde o nascimento (HENNIGEN, 2010; WINNICOTT, 1975; ZIMMERMAN, 1999), além das novas constituições familiares que demandam pela maior presença da figura paterna no cuidados dos filhos (ROMANELLI, 2003; NODIN; LEAL, 2005). Nesse sentido, o presente estudo objetiva investigar aspectos da relação pai-filha no contexto dos transtornos alimentares, a partir da perspectiva de um dos membros da relação, a filha.

2. Método

O presente estudo pretende ser exploratório, descritivo e transversal, inserido em um enfoque de pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico psicanalítico. Participaram do estudo três filhas, pacientes do Grupo de Apoio a Transtornos Alimentares (GRATA). O GRATA é um serviço especializado de referência no tratamento a pacientes com TAs. Ele foi implantado em 1982, junto ao Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

No presente estudo, a fim de proteger a identidade das participantes, elas receberam os seguintes nomes fictícios: Vânia (19 anos), Dália (18 anos) e Tânia (16 anos). Vânia e Tânia receberam o diagnóstico de Bulimia Nervosa e Dália é diagnosticada com Anorexia Nervosa do tipo restritivo. De acordo com a equipe de psiquiatria do GRATA, as três participantes possuem como comorbidade psiquiátrica traços de personalidade emocionalmente instável.

Separadamente, as participantes responderam a um roteiro de entrevista semiestruturada e completaram o procedimento de Desenho de Família com Estória (DF-E). O roteiro de entrevista semiestruturada abordou questões relativas ao ponto de vista de cada um sobre sua relação com a figura paterna. O DF-E trata-se de instrumento gráfico projetivo, introduzido por Trinca (1972) como uma técnica auxiliar na investigação clínica de personalidade. Ele foi escolhido por permitir detectar conteúdos e processos

emocionais inconscientes e conscientes que dizem respeito às relações que o sujeito estabelece com seu mundo familiar (Trinca, 1989).

3. Resultados e Discussão

Primeiramente, será feita uma breve apresentação das participantes do estudo, explicitando aspectos sociodemográficos e o seu contexto de vida. Em seguida, serão expostos os aspectos psicodinâmicos da relação pai-filha encontrados a partir dos dados colhidos com as filhas.

3.1 Caracterização das participantes e de seus pais

Vânia, 18 anos, é única filha de Laércio (55 anos) e Cleuza (52 anos). Os pais de Vânia eram casados. Na casa, além de pai, mãe e filha, moravam a mãe de Laércio (87 anos) e um dos irmãos dele (62 anos), ambos com deficiência. Vânia possuía Ensino Superior incompleto, havia acabado de interromper o primeiro ano de graduação. Trabalhava havia três meses como atendente de *telemarketing*. Recentemente, ela havia encerrado um relacionamento amoroso de dois anos. Na ocasião da coleta, ela havia iniciado um novo namoro fazia cerca de dois meses.

Vânia relatou que sofria de problemas em relação à alimentação havia cerca de três anos; estava em tratamento no GRATA havia um ano e meio e recebeu o diagnóstico de BN. Disse que, inicialmente, somente restringia a alimentação, depois migrou para o quadro de bulimia. Quando a paciente chegou ao serviço, além dos recorrentes episódios de compulsão alimentar seguidos de purgação por vômitos, a equipe preocupava-se com sua excessiva dedicação aos exercícios físicos em academia, uma vez que ela almejava ter um corpo, além de esbelto, mais torneado.

O pai de Vânia possuía Ensino Médio completo e era aposentado na função de massagista. Ele disse que optou pela aposentadoria para cuidar melhor da família. Ainda

trabalha como massagista nem uma sala na residência da família. A mãe de Vânia era técnica em enfermagem e trabalhava dois turnos diários.

Tânia, 16 anos, é filha de Edmar (42 anos) e (36 anos). Os pais de Tânia eram casados e possuíam mais uma filha de 19 anos. Na casa, além de pai, mãe e filha, moravam a filha mais velha e uma filha dela, que tinha dois anos. Tânia cursava o segundo ano do Ensino Médio. Na ocasião da coleta, namorava havia oito meses.

A participante possuía diagnóstico de BN e estava em seguimento no GRATA havia cerca de um mês. Ela afirmou que convivía com os sintomas bulímicos fazia cerca de dois anos. Além dos episódios de compulsão e purgação por meio de vômitos recorrentes, Tânia apresentava comportamentos de autoagressão.

O pai de Tânia possuía Ensino Fundamental completo e trabalha em uma empresa metalúrgica. Mãe e filha mais velha estavam desempregadas havia pouco tempo. A família é oriunda da região Nordeste do país. Quando a filha mais velha tinha dois anos de idade, eles mudaram para o Sudeste na busca por melhores condições de vida.

Dália, 17 anos, é filha de Everaldo (38 anos) e Edna (36 anos). Seus pais são casados e tem mais dois outros filhos, o mais velho de 19 anos e o mais novo de 16 anos. A participante cursava o terceiro ano do Ensino Médio. Na ocasião da coleta, contava apenas com um mês de seguimento no serviço. A paciente viera encaminhada de uma internação na psiquiatria do Hospital das Clínicas, serviço no qual havia acabado de receber alta de uma internação de três meses.

O pai de Dália era quem a acompanhava no tratamento junto ao GRATA. Ele possuía Ensino Fundamental incompleto e trabalhava como repositor em uma empresa de bebidas. A mãe era cozinheira. O irmão mais velho trabalhava na mesma função que o pai e o mais novo era estudante do Ensino Médio.

Além do diagnóstico de Anorexia Nervosa do tipo restritivo, a participante sofria de algo que ela denominou como “quedas”. Nas palavras dela, “é uma sensação ruim, aí de repente eu caio”. A equipe médica não encontrou causas orgânicas para as “quedas” de

Dália. A participante chegou até à psiquiatria do HC mediante mandato do Conselho Tutelar. As pessoas se assustavam com a aparência emagrecida, as repentinas quedas e com o fato dos pais não terem ido buscar tratamento, então, realizaram uma denúncia.

3.2 Relação pai-filha

Tânia e Dália relataram um relacionamento distante com o pai, marcado por desconfiança, incertezas e dificuldades de diálogo. Tânia revelou que quando pequena sentia que seu pai era mais próximo, conforme foi crescendo acredita que seu pai foi distanciando. Dália acredita que seu pai não teria muito tempo para estar mais presente e sua vida e sente-se culpada pelo fato dele estar faltando ao trabalho para acompanhá-la em seu tratamento: *“Era pro meu pai estar trabalhando e ele veio aqui comigo, me sinto culpada”* (Dália, 17 anos). Os dados trazidos pelas participantes aproxima-se daquilo apontado pela literatura sobre a figura de um pai ausente e distante (GABBARDI, 2006; NODIN; LEAL, 2005).

Vânia, diferente das outras participantes, relatou maior proximidade com a figura paterna. Disse que seu pai era uma *“excelente pai”*. Ela apontou indícios para uma percepção idealizada da figura paterna. Na técnica projetiva, aparece a idealização, mas logo em seguida aparece os sinais de insatisfação. É retratado um pai castrador, que se mostra invasivo nas escolhas da filha.

As três participantes apontaram indícios para a internalização de uma figura paterna autoritária. Os dados confirmam os achados de Enten e Golan (2009) sobre o excesso de autoritarismo paterno na relação pai-filha no contexto dos TAs. Diante de um pai exigente, as participantes demonstram o desejo de atender as expectativas do pai. Elas parecem sentir-se invadidas pelo temor de que, se não atenderem às exigências paternas, o pai irá abandoná-las. Entretanto, atender ao autoritarismo paterno, muitas vezes, é visto como antagônico à experimentação dos seus próprios afetos. Por exemplo, Vânia e Tânia relatam que seus pais eram extremamente contra seus relacionamentos amorosos. Eles evidenciaram atitudes opostas ao namoro das filhas.

Diante das barreiras paternas, Tânia e Vânia apontam comportamentos ambivalentes. Ora elas atendem aos desejos do pai e apresentam atitudes de repressão e, até mesmo, negação dos seus afetos; ora elas vivenciam os impulsos de forma desorganizada, por vezes agressiva, como um ataque à figura paterna e tentativa de se contrapor à sua autoridade. Os episódios de impulsividade são seguidos por culpa e temor do abandono paterno. Elas logo buscam mecanismos de compensação, por exemplo, encontrando justificativas para os comportamentos controladores do pai. Os sintomas bulímicos retratam essa dinâmica.

Dália apresenta dificuldade em entrar em contato com seus desejos, negando-os reiteradamente. Parece não encontrar nas figuras parentais fonte segura de *holding* para a expressão afetiva. Todavia, existe momentos que ela não consegue conter a impulsividade, quando sofre as “*quedas*”, quando se vê tomada pelos impulsos e não consegue manter o equilíbrio psíquico, o que se reflete em desequilíbrio no plano corporal.

4. Considerações finais

Embora negligenciada no contexto do tratamento dos TAs, os dados apontam para a relevância da presença paterna nas vivências das filhas com TAs, principalmente quando se tratam de filhas adolescentes. A partir dos dados encontrados e analisados, é possível afirmar que o pai possui funções importantes nos conflitos experienciados por mulheres portadoras de TAs. Observou-se que a maneira com que as filhas se posicionam na relação com o pai influencia o modo como investem afetivamente em outras relações de suas vidas.

A pouca literatura presente afirma a distância paterna no cuidado de filhas portadoras de TAs. Os dados desse estudo reafirmam que, de fato, a relação pai-filha, nesse cenário, é marcada pela dificuldade de envolvimento afetivo entre eles. Todavia, percebeu-se que, contraditoriamente, eles estão fortemente presentes nas vivências afetivas de suas filhas. As filhas relatam perceber o cuidado por parte dos pais, mas apontam para um sentimento frequente de insatisfação, que são evidenciados pelos

sintomas alimentares. Elas parecem ter dificuldades de encontrar na figura paterna fonte de *holding* e proteção.

Observou-se a necessidade do cenário de tratamento ao TA oferecer espaços para acolhimentos das famílias. É preciso que flexibilidade para oferecer estratégias de inserção da figura paterna, já que essas parecem estar intensamente presentes nos conflitos vivenciados por filhas com TAs.

Referências

ANDRADE, T. F.; SANTOS, M. A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v.12 n. 3, p. 454-468, 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TRTM - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos alimentares: Texto revisado* (Cláudia Oliveira Dornelles, Trad.) (4. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

BIGHETTI, F., SANTOS, M. A., RIBEIRO, R. P. P., OLIVEIRA, E. A., UNAMUNO, M. R. L., DOS SANTOS, J. E. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: C. E. Kalinowski (Org.), **PROENF, Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto**. Ciclo 2, Módulo 2. Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana, 9-44, 2007.

ENTEN, R. S.; GOLAN, M. Parenting styles and eating disorder pathology. **Appetite**, v.52, n.3, 2009.

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Tradução por Maria Rita Secco Hofmeister, 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

HENNIGEN, I. Especialistas advertem: o pai é importante para o desenvolvimento infantil. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.2, n. 1, 2010.

KAPLAN, H. J.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria, ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LANE, R. C. Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: The spider mother. **Psychoanalytic Review**, v. 89, n. 1, 101-123, 2002.

MIRANDA, M. R. A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), **Psicanálise de transtornos alimentares**. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

NODIN, N.; LEAL, I. P. Representações paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*. V. 23, n. 2, p. 201-208, 2005.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia Em Estudo (Maringá)**, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 403-409; 2006.

ROMANELLI, G. Paternidade em famílias de camadas médias. Estudos e pesquisa em psicologia. V. 3, n. 2, p. 79-95, 2003.

WINNICOTT, D. W. O brincar & a realidade. (Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre). Rio Janeiro: **Imago Editio Ltda**, 1975.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ESTUDO SOBRE A AGRESSIVIDADE INFANTIL

Irla de Souza Itani Cavalcante¹⁴⁷

Marck de Souza Torres¹⁴⁸

Leila Salomão de La Plata Cury y Tardivo¹⁴⁹

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a agressividade na primeira infância, a partir das relações estabelecidas pelas crianças no ambiente familiar. O comportamento violento tem crescido dentro das relações interpessoais e muito mais entre as crianças. Nesse estudo são usadas as referências teóricas dos trabalhos de Donald Winnicott sobre o início da agressividade nos primeiros estágios da vida e de Vygotsky sobre o papel do ambiente, especialmente o social. Também são adotadas as ideias de outros autores que tratam do tema nessas reflexões. É inserido um estudo de caso atendido na clínica, e são realizadas discussões sobre as implicações e o diagnóstico clínico, que ilustram as considerações teóricas. A partir dessas observações pretende-se ainda que o tema seja difundido e se amplie a compreensão do tema.

Palavras-chave: Agressividade. Infância. Ambiente Familiar.

¹⁴⁷ Acadêmica do 10º período do curso de psicologia da Faculdade Barão do Rio Branco.

¹⁴⁸ Mestrando em Psicologia Clínica e Cultura UnB – Professor do Curso de Psicologia da Faculdade Barão do Rio Branco

¹⁴⁹ Professora Associada Do Instituto de Psicologia da USP. Coordenadora do Apoioar

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social que tem estado em destaque na mídia. A criança é o sujeito mais afetado, já que pode demonstrar essa agressividade muito cedo, e também ser vítima. A violência, segundo Santos (2001) é a agressão destrutiva que visa aniquilar e desintegrar. Contudo, nem toda agressividade é violência, mas toda violência é, sim, agressividade. Em termos infantis, é preciso que se busque compreender a origem e manifestação do comportamento agressivo, como uma condição ativa da criança enquanto ser em desenvolvimento.

Em nossa experiência clínica o comportamento agressivo é um queixa frequente de pais, mães, professores ou profissionais em clínicas de tratamento. Por isso é objetivo das investigações atuais identificar a motivação dos atos agressivos. Segundo Marques (2008, *online*) “o comportamento agressivo na criança é normal e deve ser vivenciado por ela”. As crianças necessitam de controle dos pais, porém muitas vezes os mesmos também cultuam uma cultura violenta, onde o bater e o gritar, são forma uada para educar, de forma a que os referenciais fornecidos á criança são ambivalentes e confusos.

A agressividade infantil pode ser compreendida pelos pais e bem trabalhada pela criança, de forma a que a criança pode se desevelopver de forma mais sadia.

2 AGRESSIVIDADE EM CRIANÇAS

A agressividade é algo natural e que está presente em todos os indivíduos, visto que “a existência de impulsos agressivos é inerente à constituição do ser humano” (SOUZA; CASTRO, 2008, p. 838). Porém, a maneira como reagimos frente a ela está intimamente

ligada às leis, valores, crenças, etc., que variam conforme a sociedade e a cultura vigente. Marcelli (1998) afirma que a agressividade depende do contexto e de determinados fatores, e que isso influencia a forma de se entender a agressividade na criança. Por isso é preciso entender que, de forma muito geral, a agressividade e a conduta agressiva estão em estreita relação com a necessidade e a conexão do sujeito com questões emocionais e físicas. A agressividade evoca uma defesa e ao mesmo tempo uma intencionalidade, que deriva de uma ameaça, ou a necessidade de um combate ou luta. Isso quer dizer que, frequentemente, toda agressividade origina-se da noção de um comportamento específico, destinado a um ato que violenta ou agride (MARCELLI, 1998).

A psicanálise observa que “a agressividade faz parte do instinto de todas as espécies” (GAGLIOTTO *et al*, 2012, p. 145), ou seja, analisa esse processo como algo que faz parte do desenvolvimento do ser humano. De acordo com Gagliotto *et al* (2012), a psicanálise compreende que a agressividade é um impulso caracterizado como manifestação da pulsão de morte e, assim sendo, tem como finalidade a destruição do ser. Freud (1930 *apud* GAGLIOTTO *et al*, 2012), a princípio, pontua que a agressividade é uma ameaça à civilização, já que a sociedade não permite sua manifestação, o que indica que o homem em meio a sua cultura se vê impedido de satisfazer seus instintos agressivos e por isso mergulha em um mal-estar social. Autores como Winnicott, buscaram entender a origem da agressividade desde as primeiras fases da vida, abordando o assunto como uma influenciado pelo contexto psíquico e ambiental.

Segundo Dias (2000), a concepção winnicottiana da agressividade tem como pressupostos básicos a premissa de que a agressividade pertence ao homem e por isso é inerente ao seu desenvolvimento; Além disso, ela não necessariamente é ruim e pode se manifestar de diferentes formas. A agressividade “só se desenvolverá, e se tornará parte do indivíduo, se lhe for dada a oportunidade de experienciá-la” (DIAS, 2000, p. 12). Isso implica em dizer que a agressividade é parte do homem e está latente em seu ser, porém ela só se fará manifesta se o ambiente favorecer sua aparição. O ambiente que cuida, reconhece e aceita de forma satisfatória a fonte da agressividade, propõe que ela se integre à personalidade do indivíduo e seja o elemento central das suas relações.

Dias (2000) afirma que o ambiente deve ser propício para que a agressividade flua, pois ela faz parte do desenvolvimento e amadurecimento do homem, assim sendo é possível

constatar que a agressividade gera uma destruição do ser que, se sobreviver a essa quase aniquilação, tem a possibilidade de entrar em contato com outras formas de se ver e sentir que não podiam se experimentadas anteriormente.

A teoria de Winnicott sobre a agressividade propõe que nos estágios iniciais de desenvolvimento não há agressividade, mas sim uma necessidade de alívio imediato da tensão instintual que “visa a satisfação do impulso e não a destruição do objeto” (LINS, 2000, p. 51). Dessa forma, o bebê ainda não tem a capacidade de entender o que está fazendo e busca no ato de mamar a sensação de prazer que isso lhe proporciona. Assim, a reação da mãe à essa voracidade, tem efeito imediato em como o bebê se desenvolverá. Se a mãe tem medo ou se sente agredida pelo bebê, ele não sacia a sua necessidade de satisfação. Isso indica que “a criança está sofrendo algum grau de privação” (DIAS, 2000, p. 23), o que pode causar tendências antissociais e desvios de conduta. A privação impede a satisfação dos instintos e por isso gera frustração. Privando, a mãe nega a agressividade e não deixa que ela se manifeste no ambiente, permitindo que o impulso seja inibido e não experienciado pelo bebê (DIAS, 2000).

No seu desenvolvimento, o recém-nascido começa a entender como o seu corpo reage ao ambiente e, dessa forma, se diferencia do objeto (DIAS, 2000). Durante esse processo, a voracidade e o impulso de satisfação tendem a aumentar, gerando um ato de agressividade intencional. Em sua maturação, o bebê adquire a capacidade de elaborar seus atos e passa a lidar com o impulso destrutivo. A mãe tem como objetivo satisfazer, sustentar e manejar a agressividade em cada parte do processo evolutivo. Porém, Lins (2000) pontua que a mãe em algum momento deve falhar nesse cuidado. Essa falha, segundo a autora, aparece como um ponto final de ruptura na relação mãe-bebê, no sentido de que a mãe deve cumprir o seu papel e deixar que o bebê desenvolva sua identidade. Este, por sua vez, experimenta a destruição do objeto em sua fantasia e, ao mesmo tempo, tem a possibilidade de construir o seu ser, como uma pessoa inteira e separada.

Todo esse movimento pode gerar agressividade. Se manejada de forma segura, onde o bebê se sente protegido e não frustrado, a energia agressiva flui e não há problemas.

Dias (2000) explica, que esse começo da formação do ser e essas complicações podem piorar quando o indivíduo se encontrar na fase da adolescência. Segundo ela:

[...] há um forte risco de que, na adolescência, a agressividade se torne manifesta sob forma suicida; alternativamente, ela aparece sob a forma de busca de perseguição, que constitui uma tentativa de escapar da loucura de um sistema persecutório delirante. (p. 44)

Isso demonstra que o papel dos pais e da sociedade é de cuidar do crescimento pessoal da criança, pois a partir disso ela vai ser capaz de lidar com as complicações da vida. A agressividade não deve e nem pode ser reprimida, pois como os demais instintos é energia que precisa se manifestar. Na criança isso se torna mais evidente e necessário, pois o aparelho psíquico está se estruturando e precisa de uma atenção maior nesse sentido.

Vygotsky (2007) considera que as funções psicológicas superiores, assim como seus atributos especificamente humanos, se manifestam originalmente como formas de comportamento social da criança. Inicialmente, surgem na forma de cooperação com outras pessoas, e somente mais tarde é que se tornam funções internas, individuais. Sendo assim, o ambiente, especialmente o social, é um fator determinante no domínio do desenvolvimento da personalidade e seu papel é agir como fonte desse desenvolvimento e não apenas como seu cenário.

O ambiente, neste sentido, constitui a principal fonte dos traços especificamente humanos, e se a forma apropriada ideal não está presente no ambiente, então, na criança a atividade correspondente, característica ou traço, provavelmente irá fracassar ao desenvolver-se. Essa atenção ao processo de desenvolvimento desde o nascimento da criança justifica-se então, como mais essencial ainda, porque é nesta fase que as crianças começarão a constituir-se enquanto sujeitos. Vygotsky (2007) ressalta a importância das experiências com outros seres humanos na constituição da subjetividade

e pontua que “a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana” (p. 58). Para um crescimento saudável é preciso que os pais permitam que a criança entre em contato com o maior número de experiências e, mais ainda, que estejam dispostos a participar desse ambiente visando um melhor desenvolvimento das capacidades intelectuais, psíquicas e sociais de seus filhos. (Vygotsky, 2007).

ESTUDO DE CASO

K. A. F. S. é uma menina de 10 anos que foi acompanhada durante 20 sessões, no período entre 2012 e início de 2013. A avó de K. procurou Clínica Escola relatando que a criança ultimamente estava tendo comportamentos agressivos. Dizia ser pelo fato de a menina ter se separado da mãe, que estava em um novo relacionamento. Tendo feito o diagnóstico, Foi aplicada a prova gráfica de HTP (Casa-Arvore-Pessoa) e os resultados apresentaram agressividade, dependência afetiva, boas elaborações cognitivas, carência emocional e etc.

K. iniciou o tratamento e durante as sessões de ludoterapia foi constatado que ela é uma menina com capacidades cognitivas, é inteligente e tem uma boa percepção. Foi observado também, que ela tem conflitos com a mãe por causa do seu novo marido, não suporta estar perto dele, pois conta que ele não trata ninguém de sua família bem. K. sempre morou com a avó desde pequena, sua mãe saiu de casa quando se casou e passou a visitá-la quando podia.

K. passou uns meses morando com a mãe, período que, segundo ela, foi uma tortura o que a deixou sem vontade de morar lá novamente. A mãe, que agora mora em outro estado, se distanciou cada vez mais de K. ao ponto em que esta já não quer mais vínculos com a mãe. Isso fez com que se revoltasse com todas as coisas relacionadas à mãe: o marido e a irmã mais nova, que faz parte desse distanciamento. Essa foi sua reação a toda a relação estreita que tem com a figura materna, o que trouxe consequências graves para o seu desenvolvimento.

A menina não apresentou problemas físicos em seu desenvolvimento. Entretanto, perdeu o pai cedo e não chegou a conhecê-lo. Aos 7 anos passou por uma disputa judicial entre a mãe e a família do pai para que fosse reconhecida, fato que marcou tanto a menina como sua família materna. Ao decorrer de seu crescimento relata que a mãe a abandonava quando ela era pequena e saía para as festas e isso a traumatizou muito. A saída da mãe da casa da avó foi o muito grave (o mais grave e definitivo), pois deixou evidente para K. que ela tinha sido abandonada e aumentou seu sentimento de rejeição. A sua relação com a mãe foi conflituosa desde o início, pois esta se encontra ausente física e emocionalmente. K. tem problemas com o marido da mãe, não aceita a relação dos dois e chega a falar: “Ela abandonou os filhos para ficar com esse homem” (SIC). Durante as consultas na sala de ludoterapia, desde o começo até agora, K. mostrou estar em um período entre a realidade e a vida fantasiosa. Muitas vezes não chegou a brincar, querendo falar, mostrando sua necessidade de colocar para fora suas questões internas. Nas brincadeiras colocou em jogo elementos destrutivos e agressivos, sempre restringindo certos significados e sentimentos, o que mostrou sua dureza em relação as suas emoções e ações. K. chegou a clínica com uma demanda específica e com uma estrutura em desenvolvimento. Tinha questões mais infantis, gostava muito de brincar, era quieta e organizada. Com o passar das sessões e com o decorrer dos acontecimentos, foi amadurecendo, elaborando os motivos que a faziam querer voltar a ser criança. Porém, há certas falas suas que evidenciam seu amadurecimento precoce e a confusão que se instalou dentro dela. Por exemplo, durante a quinta sessão na sala de ludoterapia, logo após sua mãe viajar:

(...) Fala que se ela (K.) for passar as férias com a mãe vai querer trazer a irmã (sic) com ela. Pergunto se a mãe vai deixar isso acontecer. Diz que a mãe quer mais é se livrar da filha, que já deixou dois filhos aqui e que não se importaria de deixar mais uma. Fala que a mãe não sabe cuidar da filha, não sabe nem fazer o mingau da menina, que a menina passa fome lá. Fala que não ia querer que a irmã morasse com a sogra da mãe quando esta a abandonasse. Diz que queria criar a menina, mas que não tem coragem de falar isso pra sua mãe (avó). (K., 5ª sessão)

Winnicott destacou o papel da mãe no crescimento e desenvolvimento da criança, e a dizer que este é de suma importância para que as questões psíquicas e estruturais da personalidade e identidade se estruturem de forma saudável (GAIA E ZULIAN, 2010). Em muitas sessões, e principalmente na última, K. evidenciou sua comunicação com a terapeuta durante as brincadeiras, pode dramatizar situações vividas por ela e a mãe, na relação terapêutica. Nas últimas sessões na sala de ludoterapia, K. chama a terapeuta para brincar e a desafia a ser mãe:

(K.) Fala que eu sou a mãe e pergunta se eu estou feliz ou de mau humor. Pergunto como seria uma mãe de mal humor. Faz a representação da mãe, diz: “A mãe chega na casa e bate a porta forte e vem falando: ‘que bagunça é essa nessa casa? Porque você não arrumou tudo?’, e aí senta forte na cadeira (ri). Agora é tua vez de fazer”. A imito e ela ri. Continuamos a brincadeira. (K., 11ª sessão)

Mais adiante K. eleva seu nível de agressão:

(K.) Fala para eu sentar no chão para brincarmos, grita rindo: “Anda! Eu to mandando! Eu sou tua mãe agora!”. Fala que mãe tem que mandar, que não tem que ser como eu. Fala rindo: “Tu tem essa cara de santa, mas tu não é”. Sento no chão e começamos a brincar. (K., 12ª sessão)

K deverá aceitar o abandono(que de fato houve) e poder continuar sua vida se vinculando a quem pode estar com ela como a avó e a psicoterapeuta. K necessita continuar a psicoterapia, pois mesmo tendo recursos muito consolidados, ela ainda precisa aprender a lidar com esses aspectos de sua vida. Além disso, foi observado e constatado nas sessões que a agressividade de K. estava ainda maior e a raiva pela mãe tinha aumentado ao ponto de ela ter distanciado por completo a relação das duas. A orientação

foi que K. continuasse a terapia, de forma preventiva, para evitar o agravamento de seu estado.

As conversas com a mãe da criança, tanto na primeira entrevista devolutiva quanto nas entrevistas feitas durante o processo terapêutico, não renderam alterações em seu comportamento, na verdade, a mãe pouco fez do que foi orientado, apesar de ter concordado em se empenhar mais. Com o distanciamento da mesma, K. denotou intenso sentimento de raiva pela mãe, sinal da dor, o que consolidou seu sentimento de abandono, afastou seu afeto da figura materna e encerrou quase que de vez qualquer vontade da criança de se unir a mãe novamente. O resto da família apenas favorece esse comportamento, uma vez que a avó não sabe o que deve fazer e os parentes já possuem uma cultura de não apreciarem as escolhas da mãe de K.

À avó, figura mais próxima de K., foi orientado que agisse de forma cautelosa com sua neta, pois ela está em um momento delicado. Até porque, segundo os relatos das sessões, K. é uma menina muito sensível e pequenas coisas podem interferir em sua forma de pensar. A avó se manifestou da seguinte forma:

Falo que K. ficou muito determinada a se afastar totalmente da mãe e fala constantemente que esta a abandonou para viver com o marido. A avó conta que tenta mudar esse pensamento da neta, dizendo que a filha apenas teve que seguir o marido, mas que ela ainda é da família. Porém K. não aceita e diz que a mãe não a ama mais. (Avó de K., 8ª sessão)

Considerações Finais

Diante dos referenciais teóricos e estudo de caso, é possível ver como que o ambiente em que a criança está inserida influencia em sua conduta. Educar é uma tarefa difícil, requer trabalho e investimento de energia. Assim como os pais ensinam a andar e a falar, também devem ensinar a criança a entender sua agressividade e a manter o equilíbrio. É entendido que pais implicados no desenvolvimento de seus filhos, são aqueles que se envolvem com o seu aprendizado, impondo limites objetivos e se utilizando do ambiente

para se integrarem e participarem de seu crescimento (WINNICOTT, 2011). Isso indica, que estabelecer limites e regras, antes de ser uma tarefa árdua, pode propiciar uma convivência estimulante e verdadeira entre pais e filhos garantindo aos pequenos sua inscrição num universo próprio segundo os valores familiares.

É importante citar, que na atualidade, casos de violência doméstica, também dão origem à agressividade infantil. São crianças que apanham em casa e que acabam reproduzindo isso nos ambientes em que convivem. Pais que não sabem educar através de outros meios precisam passar por uma reeducação para que vejam a palmada como algo agressivo ao desenvolvimento de seus filhos. Pais que pensam que se distanciar da criação de seus filhos não implica em um prejuízo no seu crescimento, acabam deixando espaços vazios que geram rejeição e que acarretam violência. Inúmeros são os casos. A solução é prevenir desde criança. É entrar em contato com essas famílias que, por não terem condições, educação, meios, renda e muitas vezes estarem envolvidos em uma cultura violenta, acabam refletindo e reproduzindo, um comportamento agressivo.

No caso ilustrado a agressividade de K, denotava ainda a não aceitação do abandono e rejeição de que foi vítima na verdade. K. é vítima de uma forte forma de violência doméstica que é o abandono. A orientação mais segura é dar apoio a K, e deixa-la lidar com seus sentimentos de forma menos auto destrutiva, e que a avó e outros familiares possam dar a ela o sentimento que todos necessitam para crescer; de ser amada e importante. Na relação terapêutica, esse vínculo vem se constituindo.

5 REFERÊNCIAS

DIAS, Elsa Oliveira. **Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento**. *Nat. Hum.*, São Paulo, v. 2, n. 1, jun 2000. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302000000100001&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 Set. 2013.

GAIA, Larissa de Souza Guimarães; ZULIAN, Maria Aparecida Ramires. **A importância da relação mãe-bebê no processo de desenvolvimento infantil**. Universidade do Vale do Paraíba, 2010. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0713_0807_01.pdf. Acesso em: 15 Out. 2013.

LINS, Maria Ivone Accioly. **Agressividade e provisão ambiental**. Nat. hum., São Paulo, v. 2, n. 1, jun. 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302000000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2013.

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. Trad. Patricia Chittoni Ramos. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MARQUES, M. **A agressividade nas crianças pequenas**. Disponível em: http://guiadobebe.uol.com.br/bb2a3/a_agressividade_nas_crianças_pequenas.htm. Acesso em: 17 Out. 2013

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. **Raízes da violência na criança e futuros danos psíquicos**. Rev. Fac. Dir. Usp, São Paulo, v. 96, Mar. 2001. Disponível em: <http://ojscurso.fflch.usp.br/index.php/rfdusp/article/view/3823>. Acesso em: 09 Nov. 2013.

SOUZA, Maria Abigail de; CASTRO, Rebeca Eugênia Fernandes de. **Agressividade infantil no ambiente escolar: concepções e atitudes do professor**. Psicol. estud., Maringá, v. 13, n. 4, Dec. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400022&lng=en&nrm=iso>

. Acesso em: 09 Nov. 2013.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Trad. José Cipolla Neto. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

**DINÂMICAS DE ADOLESCENTES E PAIS NO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: A
PROFISSÃO COMO ESTRATÉGIA CLÍNICA**

Rosa Maria Lopes Affonso¹⁵⁰

Lucy Lilian Sposito¹⁵¹

Anne Prado de Faria¹⁵²

RESUMO

Parte-se do pressuposto que a discussão profissional com adolescentes envolve a reflexão de vivências, exploração de aptidões, além de um espaço para a expressão de angústias sobre o papel adulto. O objetivo foi avaliar e refletir sobre o desenvolvimento e andamento de um projeto de orientação profissional no ensino fundamental e médio para uma escola particular, de nível sócio-econômico médio da cidade de São Paulo, visando ressaltar a importância clínica na utilização de estratégias nas dinâmicas com os adolescentes e seus pais. Os resultados demonstram que uma escolha profissional vai do ensino fundamental ao médio onde os aspectos do desenvolvimento afetivo e relacional da adolescência são fundamentais e extrapolam as necessidades de uma escolha da profissão tendo um papel preventivo clínico social.

¹⁵⁰ Universidade Presbiteriana Mackenzie - Psicóloga e Doutora em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com especialização em psicoterapia de adultos e adolescentes, atuando na área acadêmica e na psicologia clínica.

¹⁵¹ Psicóloga Educacional- pós-graduada em Psicopedagogia e Psicoterapia Breve pela Universidade das Faculdades Metropolitanas Unidas, atuando na área acadêmica e na psicologia clínica.

¹⁵² Psicóloga Educacional graduada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, com formação em Coaching, atuando na área de psicologia clínica e orientação profissional.

Introdução

A adolescência é uma fase da vida de transição que envolve principalmente mudanças e desenvolvimento onde o jovem consolida sua identidade e se depara com escolhas que definirão seu futuro. (Almeida, 2008). Esta fase foi estudada a fundo por Erikson (1972) e segundo o autor a maior problemática desta fase da vida é a resolução da crise de identidade. Nesta o adolescente precisa fazer uma 'ligação' entre o passado, o que ele era quando criança, e seu futuro, o que ele vai ser como um adulto, e a resolução desta crise faz com que o jovem possa fazer planos para seu futuro pessoal e profissional.

Segundo Almeida (2008), o momento da escolha da profissão envolve não somente a exploração de aptidões e interesses do jovem, mas também, como este enxerga o mundo, a visão que tem de si mesmo, as informações que possui sobre profissões, e as influências do meio social. Sendo assim, é de extrema importância a participação da família no processo de escolha profissional e também o trabalho de reflexão destas influências sociais para o adolescente, não somente da família, como de seus colegas, escola, e mídia.

Além da crise de identidade já mencionada nesta fase, os adolescentes na sociedade atual, têm esta crise intensificada diante da diversidade de opções e informações que recebem cotidianamente. O processo se torna ainda mais complexo, pois é preciso se adaptar às transformações constantes e se posicionar diante delas. (Lemos, 2001). Um acúmulo de experiências adquiridas durante o desenvolvimento e principalmente durante a adolescência vão promovendo a autonomia no jovem para que possa num dado momento definir problemas e tentar dar soluções para suas angústias de se tornar um adulto, começando a construir progressivamente seu projeto de identidade profissional. Segundo Bohoslavsky (1977, p.216), "*a vocação profissional se desenvolve no plano da ação do conhecimento e da convivência*" onde a escola tem um papel significativo no desenvolvimento da socialização, conseqüentemente, contribuindo também para o processo de identificação.

Partindo-se da hipótese de que a escola tem o papel de despertar interesses pelas diferentes áreas do conhecimento, através de experiências e atividades, fazendo com que este jovem conheça, e se conheça cada vez mais, apropriando-se gradativamente, de forma independente e amadurecida, de sua escolha em relação a uma multiplicidade de carreiras, a escola apresenta-se, então, como um dos agentes na construção da escolha profissional. Do desejo de promover um espaço para que o estudante do Ensino Fundamental começasse a se envolver com o processo de escolha profissional, nasceu a idéia de possibilitar um serviço de Orientação Profissional que se tornasse parte integrante da rotina escolar.

Foram feitos, inicialmente, vários contatos com profissionais e especialistas em Orientação Profissional na cidade de São Paulo e entre eles, com a Dra. Yvette Piha Lehman, responsável pelo Serviço de Orientação Profissional da Universidade de São Paulo. Foram discutidos nesses encontros a mobilização em torno do “mercado vestibular”, onde o aluno sente-se pressionado a fazer uma opção de forma não reflexiva, concentrando-se apenas em alguns pontos que tratam de uma satisfação muitas vezes ‘imediatista’, ou seja, no ano que geralmente antecede a entrada na universidade. Além disso, destacou-se a importância da família e da escola no processo de orientação profissional do jovem. A partir desses encontros a decisão tomada foi pelo desenvolvimento de um projeto que permitisse abranger múltiplas questões, as quais apresentaremos nesse artigo.

Aproveitando o próprio contexto escolar, onde o jovem está em constante contato com o conhecimento, reconhecendo suas afinidades e as formas de execução das tarefas, a Orientação Profissional serviria como instrumento para instigar e promover reflexões sobre as questões emergentes da adolescência, ou seja, conflitos, preconceitos e autoconhecimento em relação à escolha profissional, mas também em relação à sua vida pessoal. O grande desafio foi a fundamentação teórico-prática para a construção de uma disciplina a respeito de informações profissionais e um espaço de reflexão do adolescente, permeado de significações. Havia a experiência do MEC na década de 70, onde a lei 5692 (Centro de Integração Empresa Escola, 1971) permitia às escolas públicas ministrarem a disciplina denominada de PIP (Programa de Informação Profissional) aos jovens do último ano do ensino médio. Mas, ao lembrar que para um

adolescente “*definir o futuro não é somente definir o que fazer, mas fundamentalmente, definir quem ser e ao mesmo tempo definir quem não ser*” (Bohoslavsky, 1977, p.53), ficou claro que esta proposta de Orientação Profissional deveria ir além de uma pesquisa sobre profissões: deveria ter envolvimento e integração ao currículo escolar do adolescente. Envolvimento por não se tratar de uma questão desvinculada da realidade situacional do adolescente, mas que faz parte, como decorrência do crescimento pessoal e acadêmico, da construção do papel que virá a desempenhar na sociedade. Integração, por sua vez, dirigida ao universo ao qual o jovem faz parte: a família e a escola e sociedade em geral. Portanto, era também necessário incluir a família, além do mercado de trabalho e informações profissionais. Família, escola e informações profissionais estão relacionadas de maneira definitiva, cada uma com seu peso e adequação, sendo a família de importância fundamental no momento da escolha, fornecendo o suporte necessário para que o jovem sinta-se amparado e fortalecido para as primeiras investidas na busca de sua identidade profissional.

Segundo Almeida (2008), a família tem um papel fundamental na escolha profissional do adolescente, e muitas vezes é deixada de lado nos processos de Orientação Profissional. Mesmo antes de nascer, o indivíduo já carrega em si uma série de expectativas dos pais que ele deverá ou não seguir ao longo da vida. Ter consciência destas influências ajuda o jovem a trilhar seu projeto pessoal e profissional de maneira mais autêntica.

Um projeto assim tão abrangente demandaria um tempo específico e uma definição sobre qual a série o iniciaria, bem como os temas a serem abordados. Iniciou-se, então, um levantamento sobre os temas a serem utilizados com os jovens para as discussões, as técnicas em dinâmicas e vivências situacionais, os quais, poderiam e deveriam ser realizados em sala de aula, juntamente com as pesquisas sobre cursos e profissões, através de materiais e recursos áudio-visuais, incluindo a temática da relação familiar. Além disso, percebeu-se que o projeto antes denominado de Orientação Profissional abrangia muitas estratégias práticas e decidiu-se por incluir o termo *oficina*, por corresponder a uma preparação, a um exercício ou treino optando-se pela denominação *Oficinas de Orientação Profissional*. Este trabalho tem, assim, o objetivo de apresentar todo esse percurso, os resultados até o presente momento e a fundamentação teórica

utilizada para a implantação de um modelo de orientação profissional aplicado ao ensino fundamental e médio.

Objetivos

Como objetivos, pode-se destacar:

Avaliar e refletir sobre o desenvolvimento de um projeto de orientação profissional no ensino fundamental e médio para uma escola particular, de nível sócio-econômico médio da cidade de São Paulo.

Ressaltar os resultados obtidos neste método de Orientação profissional que coloca o jovem em contato com o processo que circunscreve a escolha da profissão.

Método

Em 1997 uma escola particular da cidade de São Paulo iniciou através da psicóloga e professora Rosa Maria Lopes Affonso a construção desse modelo de atendimento ao jovem, sendo que em 1999 a psicóloga e professora Lucy Lilian Sposito passou também a colaborar na elaboração do projeto. Os atendimentos foram realizados em grupo, uma vez por semana, durante o período escolar com alunos da 7^a e 8^a séries, atualmente 8º e 9º ano do Ens. Fundamental, na faixa etária de treze a quatorze anos e tinham uma duração de cinquenta minutos cada encontro. Cada série tinha uma média de vinte a vinte e cinco alunos e para a implantação do mesmo foram necessários quatro anos. Assim, os jovens durante todo o ano letivo, pelo menos uma vez por semana, entravam em contato com as psicólogas para discutirem questões envolvendo a escolha ou não de uma dada ocupação ou profissão. A escolha dessa faixa etária foi debatida em reunião com as coordenadoras pedagógicas, considerando que esses jovens já pudessem iniciar discussões sobre os seus conflitos e suas recusas pertinentes a escolha

profissional, no sentido de realizar já um trabalho preventivo em relação à “crise” do final do Ensino Médio.

Seguindo as orientações da Profa. Yvette Piha Lehman iniciou-se uma parceria com os pais desses mesmos alunos, o que foi fundamental para a realização do projeto, pois através do envolvimento da família, criaram-se oportunidades de proporcionar aos jovens subsídios para a reflexão sobre as inúmeras possibilidades ocupacionais. Assim, fazendo parte da grade curricular, o projeto recebeu o nome de *Oficinas de Orientação Profissional*, por tratar-se muito mais do que informações profissionais e sim, exercícios para estimular o autoconhecimento.

Em 2013 a psicóloga Anne Prado de Faria começou a fazer parte do projeto como Professora das Oficinas de Orientação Profissional, com a supervisão da psicóloga Rosa Maria Lopes Affonso.

Assim, os resultados que serão apresentados são provenientes das discussões semanais das autoras desse artigo sobre os encontros com esses jovens, com as coordenadoras pedagógicas da escola. É importante esclarecer que os resultados são descritivos e parciais do projeto sendo ressaltados nesse artigo alguns itens que foram considerados principais para ilustrar o modelo de atuação.

RESULTADOS

A escolha do nome da disciplina

Inicialmente pensou-se na disciplina oferecida pelo MEC na década de setenta, Programa de Informação Profissional mas os objetivos encontravam-se além da informação profissional. Pensou-se também em Orientação Profissional ou Orientação Vocacional que também não abarcavam os propósitos do projeto e optou-se por denominar esse espaço com o jovem de *Oficinas de Orientação Profissional* apoiados nas próprias definições etimológicas.

O significado de **Orientação** é “a arte de orientar, determinar a posição em relação aos pontos cardeais; dirigir-se, encaminhar-se, saber onde fica a direção a qual se deve seguir; reconhecer a situação para saber como se deve proceder” (Houaiss & Villar, 2001). Esse era o objetivo: favorecer o reconhecimento situacional do processo decisório, que não deve acontecer apenas no momento que antecede a crise, isto é, às portas do vestibular, como se tem observado, e sim construído no indivíduo, como parte integrante do amadurecimento de suas relações frente ao mundo.

Profissional trata do “ato ou efeito de professar, exercer uma atividade; ser relativo ou pertencente a uma condição social; emprego; modo de vida”. É uma definição mais abrangente, uma continuidade da **Vocação**, que se traduz pela “disposição natural do espírito, propensão, tendência, inclinação, talento, chamamento, escolha, predestinação”. (Houaiss & Villar, 2001).

O termo **Oficina** diz respeito a um “lugar onde algo é ordenado ou elaborado, onde se exerce um ofício” (Houaiss & Villar, 2001). Pressupõe-se num espaço onde partes se envolvam e atuem, não de maneira passiva, mas de forma efetiva para trazer para o real aquilo que se encontra somente no imaginário. Estas partes são primeiramente a escola, a qual fornece recursos para que: se possam realizar palestras, receber visitas de profissionais, fazer pesquisas através de biblioteca e videoteca especializadas, visitar instituições com o objetivo de conhecer profissionais que lá atuam, interagindo com eles em situações de trabalho e, os pais, que oferecem seus locais de trabalho para a realização de entrevistas e vivências profissionais, ou que trazem suas experiências para a escola em forma de palestras.

As *Oficinas de Orientação Profissional* traduzem-se, então, como um **espaço** para que se propicie um processo instigante de estimulação à reflexão, através de autoconhecimento, técnicas de dinâmicas, vivências, informações, entrevistas, discussões e pesquisas para que o jovem, ao deparar-se com o seu momento de escolha, se perceba mais instrumentalizado, considerando-se que o objetivo é refletir sobre o seu desejo e de seus recursos direcionando para o tema da escolha profissional futura .

As Oficinas como uma disciplina na escola

Em relação a esta decisão foram discutidos dois pontos: 1) quando iniciar o processo das oficinas e 2) se as oficinas deveriam ou não ocorrer dentro da grade curricular.

Ficou estabelecido então que as *Oficinas de Orientação Profissional* ocorreriam a partir da sétima série, atualmente 8º ano E.F., ou seja, quando o jovem estaria completando seus treze anos de idade e para isso consideraram-se alguns aspectos:

por ser este um momento em que o jovem está saindo da infância e entrando na adolescência, e tratar-se da procura, de escolhas e indagações sobre as questões relativas aos papéis sociais;

pelo fato de que no 9º ano do Ensino Fundamental podem surgir interesses por cursos técnicos, e levantar esta possibilidade no 8º ano seria uma das tarefas principais da disciplina;

por perceber que o adolescente é solicitado a tomar decisões prematuras, sem que se proporcione um campo de vivências, as quais a seriam oferecidas através da parceria escola-família, servindo como instrumentos facilitadores nos processos decisórios.

Segundo alguns modelos americanos, a disponibilidade de Orientação Profissional é comum nas escolas em geral e também nos cursos superiores (Macedo,1998), adequando-se às diferentes etapas do desenvolvimento cognitivo, sugerindo temas para debates e pesquisas no que se referem ao contexto social, mas sempre proporcionando condições para que o estudante exercite o autoconhecimento, numa atitude investigativa e questionadora.

A preocupação do jovem de que terá um papel na sociedade, aparece mais frequentemente apenas com o seu ingresso no Ensino Médio. De modo geral, a forma como as disciplinas são transmitidas na escola e como as tarefas são executadas, tem como único objetivo o vestibular, pressupondo que o estudante já esteja envolvido e direcionado para uma determinada carreira. Mas será que realmente está?

Inicia-se o que os adolescentes costumam chamar de “pressão do vestibular”, onde ele se sente cobrado em relação ao seu desempenho nas provas, nas pontuações, no

ingresso nas instituições de excelência, sem que se proporcione a possibilidade para reflexão do que foi apreendido e construído ao longo dos anos, e mais profundamente, sem uma observação de suas características pessoais, da sua individualidade, que permeia todo o processo de escolha da profissão.

Assim, considerou-se que a Orientação Profissional não deveria ser dirigida apenas a um determinado momento da vida de um jovem, ou seja, ao final do Ensino Médio, mas sim a todos os momentos da adolescência que em geral se inicia com as transformações corporais da infância, com a elaboração das perdas da infância, quando se começa a estabelecer uma nova relação com os estudos, e se estenderia até os “vinte e poucos” anos, quando ainda se encontra na universidade.

Comumente a Orientação Profissional encontra-se associada à escolha da faculdade. Pressupõe-se que o estudante do 3º ano do Ensino Médio recorra à Orientação Profissional para que, através de um programa de curta duração e com a aplicação de uma bateria de testes, seja encaminhado para a opção “adequada” no vestibular. Nesse sentido, as Oficinas a partir do 8º ano permitiriam uma compreensão mais complexa do que significa escolher, optar, não deixando para que estas questões se remetam para alguns meses que antecedem o vestibular. Mas seria a escola o lugar mais adequado para este tipo de trabalho?

Existem várias instituições onde a Orientação Profissional é oferecida isoladamente, como por exemplo, o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE), cursinhos pré-vestibulares, e os consultórios de Psicologia, mas a proposta das Oficinas era a de que a área da educação deveria se responsabilizar por este momento do jovem e não ‘abrir mão do aluno’ já integrado e com fortes vínculos no ambiente escolar, a não ser em casos onde a investigação clínica se fizesse necessária. Quando se acolhe a idéia de que apenas os interessados em escolhas profissionais devem procurar órgãos ou clínicas específicas para sua orientação, admite-se que a escolha profissional não faz parte da educação.

Um outro aspecto discutido foi se a escola tinha ou não influência na escolha profissional e se tinha, de que maneira ela podia conduzir ou contribuir com este processo. Em contato com inúmeros professores e instituições, verificou-se que todos se

encontram preocupados com essa questão, buscam orientação. Percebendo estas necessidades algumas escolas introduzem projetos educacionais isolados para esse fim, realizando palestras com psicólogos sobre Orientação Profissional, ou chamando órgãos para aplicação de testes profissionais, realizando levantamento de interesses, ou trazendo representantes de instituições para divulgação de seus cursos.

Considerou-se, então, que dentro do projeto das Oficinas a escola era o espaço onde se promove o surgimento das primeiras direções, das primeiras escolhas a partir da identificação com as matérias eleitas como “preferidas e preteridas”. Esta observação é o início da relação do estudante com aquilo que “deseja ser” com o que “não deseja ser”. A aquisição das informações, de maneira integrada e relacional, também envolve o aluno como ser social, que faz parte de um momento na história e que mais adiante deverá desempenhar um papel dentro da sociedade.

As formas como se fazem as escolhas profissionais diferem de indivíduo para indivíduo, e é um processo construído juntamente com suas aquisições cognitivas. O adolescente encontra-se num momento de mudanças tanto externas quanto internas, deixando de ser “criança” para entrar no mundo adulto. Suas experiências anteriores, seus medos e angústias passadas e em relação ao futuro, fazem parte de um todo e não devem ser desvinculados de sua condição familiar e social, neste caso entendendo a escola como agente dessa aquisição social e cognitiva. Assim, escolher uma profissão faz parte também do contexto escolar, não sendo um processo isolado, como pode ocorrer num processo de Orientação Profissional comumente contratado, ou seja, dissociado do que o jovem realiza na vivência escolar.

Além disso, é como se a escola se isentasse dessa responsabilidade educacional. A proposta da escola é oferecer ao aluno condições para o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, portanto, ao se eximir dessa responsabilidade estaria se revelando insuficiente para prepará-lo como cidadão para representar seu papel na sociedade. Plantamura (1993, p.2) reforça a idéia de que a questão da escolha profissional e da relação indivíduo e sociedade possa fazer parte da rotina da escola: *“esta capacidade de reflexão, aliada à compreensão da cultura do trabalho e ao domínio*

do saber fazer devem ser entendidas como meios de produção de que o aluno/trabalhador precisa se reapropriar para poder viver sua cidadania”.

A estrutura das “aulas” como espaço reflexivo da adolescência

Semanalmente, os jovens foram submetidos através de dinâmicas, questionários, visitas a locais de trabalho, palestras e vivências profissionais com o objetivo de fornecer informações sobre cursos, profissões, estágios, mercado de trabalho e perfil de profissionais; possibilitando discussões sobre os temas que estão relacionados aos conflitos existentes no processo de escolha e temas gerais que fazem parte do interesse do momento e, juntamente com o trabalho de integração da família, viabilizar vivências com profissionais, muitas vezes visitando seus locais de trabalho.

No início, a parceria com a família foi abrindo um espaço para que os estudantes recebessem pais, parentes e amigos, pessoas que estivessem dispostas a contar um pouco de suas escolhas e de sua trajetória profissional durante o período das ‘aulas’ e aos poucos foram criadas condições para que o jovem visitasse os locais de trabalho de várias famílias, com o objetivo de entrevistar, observar e por vezes, interagir, propiciando a vivência profissional, como o primeiro contato com esta realidade. Desta forma, criam-se condições para que exista envolvimento e reflexão quanto às características e necessidades individuais para se obter um desempenho satisfatório nas diferentes áreas. Propiciar vivências permite que o adolescente se confronte com questões mais profundas, ligadas a fantasias, aquisição da identidade, projetos de vida, e ansiedades quanto ao futuro.

Os materiais utilizados durante os encontros com os adolescentes são vários: jornais, revistas, manuais, vídeos e filmes, internet e dinâmicas e debates, sempre relacionados a uma visita ou palestra. As dinâmicas procuram sempre associar as características típicas do adolescente com alguma problemática habitualmente envolvida numa profissão, ocupação ou no próprio cotidiano do profissional.

Reunimos aqui alguns itens que extrapolam o objetivo da escolha profissional:

- Ao discutir o perfil profissional necessário a uma profissão, o adolescente se depara com as suas potencialidades, desejos e, em contrapartida, com as suas fantasias e desejos;
- Permitir ao adolescente vivências sobre o que é o trabalho na vida adulta, logo sobre o papel adulto;
- Oferecer vivências através de dinâmicas de grupo ou tarefas específicas, possibilitando a discussão de temas relacionados à escolha profissional tais como: problemas sobre o gênero; a importância das expectativas sócio- econômicas; os esforços ou não no investimento de cursos; aos conflitos existentes numa escolha profissional: expectativa de padrão social ou estilo de vida; independência econômica e afetiva; escolha profissional universitária versus expectativa familiar; padrão e identidade sexual; falta de perspectiva profissional;

Discussão de temas gerais, conforme a necessidade do grupo; sexo, drogas, casamento, castigo, moral, política, família, lazer, cidadania;

Aplicação de testes psicológicos para avaliar nível de maturidade para a escolha profissional; com o intuito de contribuir para reflexão da escolha profissional e explorar o autoconhecimento;

Orientação e discussão com os pais através de reuniões no sentido de participarem e acompanharem o programa da disciplina, bem como as reflexões emergentes.

Palestras com profissionais ou estudantes de graduação para explorar a experiência pessoal da escolha profissional, conhecer sua área de atuação e curso de graduação mas, principalmente, conhecer o percurso das angústias e dificuldades.

Envolvendo a família nas Oficinas de Orientação Profissional

Segundo Bohoslavsky (1977, p.57) ..

“as relações, gratificantes ou frustradoras, com as pessoas que desempenham papéis sociais – parentes, amigos ou outros – com os quais a criança se identifica, consciente ou inconscientemente, tendem a pautar o tipo de relação com o mundo adulto em termos de ocupações. As ocupações são consideradas sempre, em relação às pessoas que as exercem. Portanto, as ocupações que fazem parte do espaço psicológico das pessoas jamais gozam de naturalidade afetiva”.

As primeiras ocupações as quais as crianças se deparam são as dos pais, e a forma como elas são percebidas delineiam uma concepção sobre a relação que a família estabelece a respeito das ocupações. Os valores culturais, a realidade ocupacional dos membros da família são bases referenciais para o jovem, tanto de maneira positiva quanto negativa. As expectativas que recaem agora sobre o adolescente fazem os próprios pais entrarem em contato com suas escolhas anteriores e isto proporciona uma compreensão da problemática da decisão profissional de seu filho. Pensando que é este o primeiro modelo e que dele parte todo amparo e apoio para que o jovem tenha um desempenho satisfatório, a proposta das Oficinas foi a de colocar a família colaborando de maneira concreta na orientação profissional. Para tal, são realizadas reuniões com os pais, onde os objetivos da disciplina são explicitados, e são distribuídos questionários sobre as possibilidades de pais, parentes, amigos, ou instituições próximas deles virem a colaborar, seja através de palestras, relatando a experiência pessoal na escolha e o caminho percorrido até se tornar o profissional atual, trazendo informações sobre o curso e suas especialidades, ou abrindo espaço dentro de seu local de trabalho para visita e entrevistas com os profissionais que lá se encontram. Tanto as palestras quanto as visitas são preparadas com antecedência, onde o grande enfoque é possibilitar que o adolescente entre em contato com as experiências do mundo adulto e não apenas com a informação específica sobre as profissões.

Os pais, parentes ou amigos que cedem seus espaços ou seu tempo para conversar com os alunos são entrevistados sobre o sua escolha, seu trabalho, o que os levou a se decidirem por suas carreiras, como foram os cursos, quais as dificuldades e as

realizações encontradas, a relação do investimento educacional em relação à realização financeira, mas principalmente, é solicitado que os palestrantes contem ou possibilitem ser questionados sobre as suas dúvidas, suas experiências de vida. Muitas vezes, os alunos ainda podem ter uma vivência de trabalho, executando atividades, supervisionadas pelos profissionais responsáveis nos diversos espaços oferecidos e nestes locais além de terem contato concreto semelhante a um estágio profissional, conversam com todos os profissionais envolvidos naquele espaço, desde um funcionário operador, como por exemplo, uma faxineira, como também funcionários especializados. Nestes encontros, novamente, a prioridade são sobre a investigação das experiências de vida possibilitando ao adolescente explorar modelos da vida adulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte-se do pressuposto que a Orientação Profissional, enquanto área pertinente à Psicologia, abarca um processo que aponta para aspectos preventivos. Para a abordagem da orientação profissional na clínica, o psicólogo recebe, a partir de sua preparação acadêmica, uma bagagem mínima que, logo após o término de seus estudos universitários deve ser aprofundada e a partir daí pode utilizar de uma técnica. No contexto escolar essa formação específica também deve ser esperada uma vez que o projeto das oficinas propõe vivências que deverão ser conduzidas por um profissional que a princípio deve ter uma formação mínima envolvendo tanto o conhecimento da instituição escolar como do desenvolvimento afetivo e social do adolescente. Segundo Noronha (2006 apud Silva, 1999) a formação do profissional orientador profissional deve estar baseada em três pilares: base teórica e técnica consistentes, visão de homem e de mundo consolidada, e conhecimento sobre a resolução dos próprios conflitos. Trata-se, portanto, de uma disciplina que requer conhecimentos sobre o comportamento humano. Além disso, o profissional deve saber conduzir e utilizar estratégias para colocar o adolescente em contato com este momento especial de sua vida, correlacionando o aprendizado formal ao seu momento de vida.

Invariavelmente, os trabalhos oferecidos aos adolescentes envolvem o modelo de abordagem teórica cuja referência é o do profissional psicólogo. Isto porque é a formação do psicólogo que desenvolve métodos investigativos de habilidades, interesses e que proporcionam o autoconhecimento. Não quer dizer que a formação do orientador profissional deva ser exclusivamente a Psicologia. As pesquisas existentes no âmbito da Psicologia podem fundamentar as necessidades do orientador, mas não apontam para uma intervenção psicológica. Ao mesmo tempo, pode-se utilizar as pesquisas existentes no âmbito da Pedagogia não apenas para uma intervenção, no contexto do aprendizado, mas para proporcionar espaço para reflexão, construção e organização de conflitos inerentes ao jovem que está em formação.

Há algumas décadas atrás a Secretaria da Educação instituiu um Programa de Informação Profissional – PIP (Ministério da Educação e Cultura, 1971) o qual era oferecido ao Ensino Médio, durante um ano e geralmente era ministrado por pedagogos ou psicólogos. O programa não teve o êxito esperado talvez por aplicar a clínica psicológica na escola ou apenas informar o jovem sobre profissões, sem uma preocupação específica com a vivência ou reflexões. Um dos objetivos propostos pelas *Oficinas de Orientação Profissional* nesse trabalho consiste em utilizar as dificuldades que tem um Orientador Profissional, considerando a existência dessa ocupação profissional no Brasil para contribuir no delineamento da formação ou especialização desse profissional na escola.

Em todo o processo da construção desse modelo de orientação profissional aplicado a uma dada escola foram utilizadas também as contribuições da Psicologia Clínica segundo uma abordagem psicanalítica traçando um paralelo entre as dificuldades encontradas pelo psicólogo em situação clínica de consultório e aquelas enfrentadas pelo orientador profissional numa instituição escolar, considerando que o mesmo referencial teórico de Bohoslavsky (1977) possa ser mantido. O manejo técnico proposto por ele faz parte da OOP enquanto processo, cujo objetivo é fazer com que o jovem no terceiro ano do ensino médio seja capaz de julgar e fazer suas próprias opções, facilitadas pelo autoconhecimento, reconhecimento e apropriação dele construídas a partir do ensino fundamental. É a crença que o desenvolvimento afetivo ou emocional tem um papel significativo para uma decisão mais autônoma, realista e comprometida com o futuro onde

a visão clínica tem um papel importante na fundamentação e prevenção da saúde mental do adolescente.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M.E.G.G. & Pinho, L.V. (2008). *Adolescência, família e escolhas: implicações na Orientação Profissional*. Rio de Janeiro: Psic. Clin. Vol. 20 N.2
- Bock, A. M. B. (Org.) (1995). *A escolha profissional em questão* (W. M. Penteado, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bohoslavsky, R. (1977). *Orientação vocacional: A estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1971)
- Centro de Integração Empresa Escola (1971). *Profissões e curso de formação em 2º e 3º graus do Estado de São Paulo* (2ª ed.). São Paulo: Editora Roberto Simonsen.
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Lemos, C.G. (2001). *Adolescência e escolha da profissão*. São Paulo: Vetor.
- Macedo, R. (1998). *Seu diploma: Sua prancha*. São Paulo: Saraiva.
- Ministério da Educação e Cultura (1971). *PIP: Programa de Informação Profissional*. Brasília: MEC.
- Noronha, A.P.P. & Ambiel, R.A.M. (2006). *Orientação profissional e vocacional: análise da produção científica*. São Paulo: Psico-USF, Vol.11, N 1.
- Plantamura, V. (1993). Relação educação-trabalho e a organização da formação profissional. *Boletim Técnico Senac*, 2(19), 2.

**VIVÊNCIAS DE UM ADOLESCENTE DIANTE DA SEGUNDA RECIDIVA
ONCOLÓGICA: ESTUDO DE CASO**

Marina Noronha Ferraz de Arruda Colli¹⁵³

Elisa Maria Perina¹⁵⁴

Manoel Antônio dos Santos¹⁵⁴

Resumo: Em Oncologia, define-se recidiva como o reaparecimento do câncer após um período de remissão da doença, o que acarreta menor possibilidade de cura e necessidade de reorganização psicossocial para lidar com a situação de tratamento. Considerando os níveis de ansiedade associados ao diagnóstico de recidiva e o reduzido número de investigações internacionais sobre seus aspectos emocionais no âmbito da Oncologia Pediátrica, este estudo de caso teve como objetivo compreender as vivências de um adolescente diante da segunda recaída oncológica. João (nome fictício), 13 anos, estava em tratamento paliativo da segunda recidiva de Leucemia Linfóide Aguda. Foram realizadas duas sessões para aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), em um centro de referência para tratamento onco-hematológico pediátrico no interior de São Paulo. Os conjuntos de desenhos-estórias foram analisados de acordo com as recomendações da literatura. Emergiram as vivências de conflitos internos, percepção de perdas e ameaça de morte iminente. A expressão da fragilidade se alternava com a organização psíquica evidenciada na busca de superação do conflito, evidenciando recursos internos para o enfrentamento do recrudescimento da doença. Atentar aos significados atribuídos à recidiva e à incerteza terapêutica associada a esse evento

¹⁵³ Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

¹⁵⁴ Centro Integrado de Pesquisas em Onco-Hematológicas da Infância, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP -e-mail: arruda.mnf@gmail.com / masantos@ffclrp.usp.br

fornece subsídios importantes para o planejamento de intervenções psicológicas, que favoreçam a continência das angústias e vivências de aniquilamento, iluminando possibilidades de cuidar no âmbito dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: neoplasia, recidiva, psicologia do adolescente, aspectos psicossociais.

Introdução

Denomina-se câncer um conjunto de doenças nas quais há descontrole do crescimento e multiplicação desordenada de células, podendo acometer diversas partes do corpo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Na criança, o câncer é uma doença rara, principalmente se comparada aos tumores em adultos, correspondendo entre 1% e 3% das neoplasias malignas em populações gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, o câncer é considerado um problema de saúde pública e representa a segunda causa de mortalidade entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões do país. Cabe ressaltar que se trata, atualmente, da primeira causa de morte por doença, o que reforça a necessidade de mais estudos e o aprimoramento dos serviços de saúde, para responder às necessidades da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Com o avanço das tecnologias médicas, os métodos de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer infantil foram aprimorados, e a possibilidade de cura hoje é uma realidade (KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2011; HOSPITAL DO CÂNCER, 2003).

No contexto da Oncologia, a recidiva é compreendida como o reaparecimento do câncer após um período de remissão da doença (NATIONAL CANCER INSTITUTE, n.d.). O diagnóstico da recidiva traz a realidade do tratamento inicialmente realizado não ter sido eficaz e da possibilidade da diminuição das possibilidades curativas. A ruptura com a projeção temporalidade de cura revela também a necessidade do retorno à rotina hospitalar e de atenção à saúde, exigindo toda uma reorganização psicossocial para dar conta das exigências desta nova etapa do tratamento (ESPÍNDULA, 2001a, 2001b; HINDS et al., 1996).

A literatura internacional aponta para uma crescente preocupação quanto aos

aspectos psicossociais envolvidos no tratamento da recidiva oncológica, notadamente em pacientes adultos. Em pediatria, ainda são poucos os estudos, o que reforça a importância da maior sistematização das investigações científicas nesse contexto (VIVAR et al., 2009).

Destaca-se a atenção aos aspectos da vivência emocional dos familiares, notadamente ao que se refere aos altos níveis de ansiedade, depressão e estresse identificados, pensando as ressonâncias na qualidade de vida (HINDS et al, 1996, ESPINDULA;VALLE, 2002, DUNN et al, 2012). O confronto com a incerteza terapêutica parece fortalecer a vivência de ameaça e trazer reflexões sobre a morte e o luto (MU et al, 2001, DE GRAVES;ARANDA, 2008, LIN;YEH;MISHEL, 2010). Nas crianças e adolescentes, os estudos discutiram sobre os maiores níveis de ansiedade- traço e menor autoestima, quando há maior vivência oncológica, assim como a experiência da recidiva (HOCKENBERRY-EATON;DILORIO;KEMP, 1995). Outra temática estudada foi a capacidade de ajustamento infantil, que mostrou-se mais relacionada à capacidade de defesa e às expectativas positivas do que à perspectiva de sobrevivência em si ou de recorrência da doença (GROOTENHUIS;LAST, 2001). No que tange às ressonâncias da recidiva na vivência de adolescentes, Essig et al (2012) compararam os índices de qualidade de vida após o término da terapia, segundo a ocorrência ou não da recidiva, verificando o impacto desta na percepção do âmbito da saúde e a importância do acompanhamento regular dos efeitos tardios do tratamento.

Objetivo

O presente estudo de caso teve como objetivo compreender as vivências de um adolescente em tratamento da segunda recaída de Leucemia Linfóide Aguda (LLA), em um serviço de referência em onco-hematologia pediátrica no interior paulista brasileiro.

Método

O presente estudo se caracterizou como uma investigação clínico-qualitativa (TURATO, 2003), conceituada enquanto estratégia científica de acesso aos sentidos e significações atribuídos, por parte da população investigada, aos fenômenos associados ao processo saúde-doença. Optou-se pela realização de um estudo de caso, enquanto estratégia para o aprofundamento em questões contextuais complexas, em sistemas unitários e multidimensionais, atento às semelhanças e às singularidades das experiências, com vistas à compreensão global do fenômeno (INGLETON; DAVIES, 2007; STAKE, 2000).

O estudo de caso foi realizado com um adolescente, João¹⁵⁵, com 13 anos e 11 meses. Aos 4 anos, João recebeu o diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda e realizou o primeiro tratamento. Após 1 ano e 6 meses fora de terapia, foi identificada a primeira recidiva e iniciado o novo protocolo. Após 1 ano e 8 meses fora de terapia, foi diagnosticada nova recidiva da doença. Iniciou sessões de quimioterapia, enquanto aguardava a discussão sobre a indicação para o Transplante de Medula Óssea. Nesse momento foi feito o convite aos pais, que deram sua anuência para que o filho participasse da pesquisa. Foi então proposta a realização do D-E. O convite foi aceito com entusiasmo pelo adolescente.

O Procedimento de Desenhos-Estórias foi definido como instrumento para acesso às vivências emocionais nessa fase do tratamento, a fim de favorecer uma ampliação do conhecimento de dinamismos psíquicos pouco acessíveis verbalmente (TRINCA, 1997). O instrumento caracteriza-se como favorecedor do diagnóstico compreensivo, oferecendo um espaço de acolhimento às expressões de conflitos experienciados, ao passo que permite ao profissional o acesso aos sentidos singulares da existência individual (TRINCA, 1997). Na perspectiva fenomenológica, o uso de instrumentos de avaliação é compreendido como estratégia de interação, de forma a favorecer um maior acesso às questões da vida cotidiana e às formas de lidar com determinadas situações (ANCONA-LOPEZ, 1997; AUGRAS, 1986), neste caso, com vistas à apreensão das vivências diante da recidiva oncológica.

¹⁵⁵ Foram utilizados nomes fictícios, a fim de preservar a identidade do participante e de seus familiares.

Os dados foram analisados conforme orientações da literatura, considerando os movimentos gráficos e verbais do desenho-estória, a fim de identificar a vivência de conflitos, bem como de recursos utilizados para lidar com as situações problemáticas (TRINCA, 1997; ANCONA-LOPEZ, 1997).

Resultados

João é o filho mais velho da união de Joana¹ e Júlio¹ e possui um irmão, Jorge¹, 10 anos. Com a necessidade de tratamento, mudou-se com a mãe para Campinas/SP, retornando à cidade de origem nos intervalos do tratamento e período fora de terapia, o que trouxe ressonâncias para a dinâmica familiar, vivência social e desempenho escolar.

Na primeira sessão, João mostrou-se bastante receptivo à proposta, envolvendo-se de forma criativa e cuidadosa. Iniciou com um desenho em grafite, com traçado forte e detalhes na construção. Nesta unidade de produção do D-E, intitulada “O ferreiro valente”, emergiram como temáticas a questão do esforço pessoal para a obtenção do reconhecimento do outro e os custos envolvidos nesse processo, bem como a necessidade de se envolver em batalhas e sacrifícios pessoais para alcançar como prêmios a liberdade e a paz. Evidencia a vivência de conflito, percepção de perdas e ameaça de morte, ao mesmo tempo que reconhece em si recursos para o enfrentamento.

Em sua segunda unidade de produção, João desenha uma paisagem natural, novamente com traçado forte e em grafite. Na narrativa, enfatiza os aspectos bucólicos do ambiente e a rotina tranquila da vida do camponês. Sugere o desejo da possibilidade de controle da vida diária e de auto-suficiência nesse sentido, ao mesmo tempo que denota a necessidade de ser acompanhado e cuidado. Nomeia o conjunto como “O camponês feliz”.

Na segunda sessão de aplicação do D-E, João desenha em grafite um ambiente árido, com uma árvore e três arbustos delineados com traçado forte, distribuídos sobre o papel, e uma estrada com traços leves. Conta uma história sobre o olhar desta

árvore, que observa os eventos e se aproxima das vivências de quem passa por ali, contrapondo o estático ao movimento próprio da vida. Aborda a questão do desconhecido das vivências do outro e do processo de aprendizagem a partir da experiência compartilhada. Apresenta um clima de valorização daquilo que se é, mesmo diante dos limites impostos pela realidade, sugerindo recursos para a ressignificação das perdas experienciadas. Denomina o conjunto como “A árvore aventureira” e, após sua finalização, não se mostra disponível para continuar a tarefa, optando por encerrar a aplicação.

O término dessa sessão também selou a interrupção do processo investigativo como o D-E, uma vez que se definiu previamente que seriam realizadas no máximo duas sessões para aplicação, em respeito à condição frágil do participante.

Discussão

De uma forma geral, João evidencia a vivência de conflitos internos e traz a percepção das perdas no âmbito da vida diária e de projetos de vida, reforçando os achados da literatura sobre o impacto do diagnóstico da recidiva (ESPÍNDULA, 2001a, 2001b; HINDS et al., 1996).

A ameaça de morte aparece como possibilidade iminente diante da indefinição das possibilidades terapêuticas, exigindo esforços extras para seu enfrentamento. Nesse sentido, João busca o fortalecimento de si próprio e, ao mesmo tempo, assegurar-se da proteção do outro, como estratégias de busca de senso de potência e preservação do sentimento de esperança diante da adversidade (GROOTENHUIS; LAST, 2001).

A expressão da fragilidade física e psíquica se alternava com a organização para a superação do conflito, evidenciando ter recursos psíquicos para a busca de formas mais saudáveis de ser e significar o recrudescimento da doença (FORGHIERI, 1993).

Considerações Finais

Aproximar-se das vivências do adolescente diante da segunda recidiva oncológica trouxe reflexões sobre seu itinerário terapêutico. Cada recorrência da doença trouxe consigo o retorno à rotina hospitalar e necessidade de reorganização psicossocial, com implicações para sua dinâmica familiar, social e escolar (ESPÍNDULA, 2001a, 2001b; HINDS et al., 1996).

A compreensão dos limites terapêuticos e das perdas e medos experienciados pareceu favorecer a organização para lidar com a situação de incerteza e abertura para novas possibilidades de significar sua existência (FORGHIERI, 1993; VALLE, 1997).

Atentar aos significados atribuídos à recidiva e à incerteza terapêutica associada a esse evento fornece subsídios importantes para o planejamento de intervenções psicológicas, que favoreçam a continência das angústias e vivências de aniquilamento, iluminando possibilidades de cuidar no âmbito dos cuidados paliativos.

Referências

- ANCONA-LOPEZ, S. (1997). Análise segundo outros pressupostos teóricos: Abordagem fenomenológico-existencial. In: TRINCA, W. (Org.), **Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias**. São Paulo: Vetor, 1997, p. 131-133.
- DE GRAVES, S.; ARANDA, S. Living with hope and fear-- the uncertainty of childhood cancer after relapse. **Cancer Nursing**, v. 31, n. 4, p. 292-01, 2008.
- DUNN, M. J. et al. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. **Health Psychology**, v. 31, n. 2, p. 176-185, 2012.

ESSIG, S. et al. Health-related quality of life in long-term survivors of relapsed childhood acute lymphoblastic leukemia. **PloSOne**, v. 7, n. 5, e3801 2012.

ESPÍNDULA, J. A. Vivências de mães em situação de recidiva de câncer. **Dissertação de Mestrado**, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2001a.

_____. Vivências de mães em situação de recidiva de câncer. In: Valle, E. R. M. (Org.), **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001b, p. 129-179.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M. Experiência materna diante da iminência de morte do filho com recidiva de câncer. **Pediatria Moderna**, v. 38, n. 5, p. 188-194, 2002.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica**: Fundamentos, métodos e pesquisas. São Paulo: Pioneira.

GROOTENHUIS, M. A.; LAST, B. F. Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. **Psycho-oncology**, v. 10, n. 4, p. 305-314, 2001.

HINDS, P. S. et al. Coming to terms: parents' response to a first cancer recurrence in their child. **Nursing Research**, v. 45, n. 3, p. 148-153, 1996.

HOCKENBERRY-EATON, M.; DILORIO, C.; KEMP, V. The relationship of illness longevity and relapse with self-perception, cancer stressors, anxiety, and coping strategies in children with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 12, n. 2, p. 71-79, 1995.

HOSPITAL DO CÂNCER. **A criança com câncer: O que devemos saber?** São Paulo: Comuniqué, 2003.

INGLETON, C.; DAVIES, S. Mixed methods for evaluation research. In: ADDINGTON-HALL, J. M.; BRUERA, E.; HIGGINSON, I. J.; PAYNE, S. **Research methods in Palliative Care**. New York: Oxford, p. 192-209, 2007.

- KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Coping strategies and caregiver's anxiety in pediatric oncohematology. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 272-280, 2011.
- LIN, L.; YEH, C. H.; MISHEL, M. H. Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: a cross-sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 12, p. 1510-1524, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer da criança e adolescente no Brasil**: Dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: Autor, 2008.
- _____. **Estimativas 2012**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Autor, 2011.
- MU, P. F. et al. Families of Chinese children with malignancy: the factors impact on mother's anxiety. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 16, n. 4, p. 287-95, 2001.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (n.d.). Dictionary of cancer terms. Disponível em www.cancer.org. Acesso em 09 Mar. 2013.
- TRINCA, W. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. São Paulo: Vetor, 1997.
- TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- STAKE, R. E. Case study. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S., **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, p. 236-247, 2000.
- VALLE, E. R. M. Vivência da família da criança com câncer. In: _____, **Introdução à Psicologia**. Campinas: Psy, p. 219-242, 1994.
-

VIVAR, C. G. et al. The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: a narrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 4, p. 724-736, 2009.

**UMA EXPERIENCIA DE RESPONSABILIZAÇÃO EM TERMOS DA SEXUALIDADE
DENTRE UM PÚBLICO JOVEM**

*“O perfume anseia e palpita dentro do botão exclamando: Ai de mim! As horas passam e todavia
não sei onde vou, nem sei o que é que procuro.”*
(RABINDRANAH TAGORE)

Tereza Elizete Gonçalves¹⁵⁶

Sandra de Freitas Pedrosa Nascimento¹⁵⁷

Giullia Suelen Ferreira Barbosa¹⁵⁸

INTRODUZINDO O CENÁRIO DE ATUAÇÃO

A adolescência é um dos períodos do ciclo vital mais desafiadores para quem o atravessa, implicando de forma igualmente angustiante os que convivem com os jovens em seu acontecer existencial. Para além das transformações anatômicas e fisiológicas, consideramos as *repercussões emocionais* destas, devendo ser considerado também o contexto cultural, educacional e a conjuntura familiar e social nos quais os adolescentes estão inseridos. Este ambiente no qual o jovem cresce vem a circunscrever e, por vezes, determinar muito do que resultará o processo de desabrochar do broto. Contornos na esfera da identidade são desfeitos e refeitos e, em meio a essas operações vultuosas, instauram-se vazios e desvãos que sobrecarregam ainda mais o agenciamento das emoções na etapa da juventude. Temos que a busca ativa de autonomia e de ruptura

¹⁵⁶ Psicóloga Clínica, Professora Doutora em Psicologia Clínica, Coordenadora do Projeto de Extensão Travessia (UNITAU). Autora de livros publicados na área.

¹⁵⁷ Graduanda de Psicologia – Universidade Paulista – São José dos Campos – SP. Pedagoga. Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

¹⁵⁸ Psicóloga. Graduada em Psicologia pela Universidade de Taubaté - SP. Membro voluntário do Projeto de Extensão Travessia (2013).

com a dependência parental vigente desde a infância, a necessidade de afirmação pessoal e social, o turbilhão que é acionado na definição da vocação e no exercício futuro da profissão, denunciam os conhecidos ritos de passagem. A conquista da morada subjetiva é sempre instável num corpo em revolução. É imperioso mudar, aventurar-se na direção do que palpita, ainda que os rumos não estejam definidos, mesmo que sejam muitas as incertezas, e que não se saiba o que é buscado, como afirmou o poeta indiano citado na epígrafe.

Compomos uma equipe de profissionais atuantes em campo, em ações processuais contínuas por meio do projeto de extensão intitulado: PROJETO TRAVESSIA: Das Oficinas de Leitura e Escrita à Cultura e à Cidadania (apoiado pela Pró-reitoria de Extensão e de Relações Comunitárias/ UNITAU), o qual compõe-se de acadêmicos que desenvolvem ações multiculturais sistemáticas em parceria com instituição pública municipal dedicada à Garantia de Direitos e de Proteção a Crianças e Adolescentes em situação de Vulnerabilidade Psicossocial, e também em comunidade ribeirinha, no município de São José dos Campos - SP.

REFLEXÕES QUANTO À METODOLOGIA

Propusemos uma metodologia de trabalho que correspondesse às demandas apresentadas, criando um ambiente facilitador e espontâneo, para abordar e ir ao encontro das expectativas, evitando-se respostas de cunho crítico, reprimendas, cobranças objetivas.

Nosso trabalho buscou moldes no método de Grupos Operativos¹⁵⁹ consolidados como eficazes também nos trabalhos com população juvenil, em termos do

¹⁵⁹Desenvolvido por Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista, o Grupo Operativo consiste em uma metodologia de trabalho, na qual o objetivo é promover, um processo de aprendizagem, uma leitura crítica da realidade, considerando suas múltiplas facetas. Surge então, um protagonismo de modo que, cada resposta se transforma, imediatamente, numa nova pergunta.

desenvolvimento de capacidades básicas protetoras fundamentais para a promoção de saúde que são: auto estima, juízo crítico, plano de vida e criatividade. (Cf. ABDUCH, 1999).

Ampliando tal noção, referimos SCHOEN-FERREIRA (2008) e FERREIRA (2001), que apontaram que as áreas que os adolescentes irão explorar, para fazer suas escolhas e construir a nova identidade são divididas em ideológicas (crenças e valores que guiaram suas ações), ocupacionais (os objetivos educacionais e profissionais), e interpessoais (orientação de gênero, família, amizades, relacionamento amorosos). A intervenção dos acadêmicos atendeu à solicitação de familiares dos jovens preocupados com conduta de risco no uso das redes sociais. Os responsáveis concederam uma autorização formal para implementação da proposta; realizamos 06 encontros semanais temáticos com 2:00 h de duração, em horários extra-aula dos adolescentes. Os grupos de até oito adolescentes contando entre 11 a 18 anos ocorreram em espaço institucional privativo previamente acordado com os participantes do grupo. Após recepção e acolhimento destes, apresentamos-lhes a proposta dos encontros. Importante realçar que a estruturação das oficinas, apesar de serem focadas, buscaram alçar os adolescentes à condição de protagonistas do processo de produção e de reflexão.

O primeiro encontro consistiu na dinâmica “*Ouvi dizer que...*”¹⁶⁰, cujo objetivo era sondar o nível de conhecimento, as dúvidas, tabus acerca do que conheciam sobre a sexualidade, assim como as fontes de informações que legitimavam. Os temas sobre os quais poderiam se expressar livremente foram assim denominados: Questões de gênero; Gravidez precoce; Masturbação, Virgindade, Primeira vez, Ato sexual, Órgãos genitais e Mídias sociais; Menstruação, DST/AIDS, Homossexualidade.

No segundo encontro abordamos os usos das mídias sociais, a auto-exposição da própria imagem nestas mídias e suas consequências. A utilização de vídeo educativo permitiu instaurar um espaço para troca de experiências com relatos dos que já

¹⁶⁰ A fonte da pesquisa foi o artigo “Falando de “sexo” com adolescentes”, na qual é apresentada a dinâmica “Ouvi dizer que...”, adaptada pelo Projeto Memorial Pirajá da obra Saúde sexual e reprodutiva, de Ricardo Cavalcanti (SERRÃO e BALEEIRO, 1999).

vivenciaram problemas nesta mídia, conversas sobre a vida, os medos, refletindo sobre a diversidade dos desejos e expectativas, juízos de valores, questões de gênero.

No Terceiro encontro foi utilizado o material de apoio produzido pelo Projeto Trance essa Rede¹⁶¹. O álbum *Sou Adolescente* composto por 11 imagens sugestivas em torno das vulnerabilidades juvenis, foi apresentado em subpartes a partir da premissa: *Estou vulnerável quando...*

- 1)- [...] acho que nada vai acontecer comigo.
- 2) [...] não tenho alguém confiável para me ajudar quando preciso.
- 3) [...] tenho medo de mostrar o que sinto.
- 4) [...] não consigo pensar por conta própria para assumir minhas opiniões.

No quarto encontro foi realizada uma apresentação sobre Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Nesta etapa se enfatizou a responsabilidade que se deve assumir na maturidade, quanto à manutenção da saúde sexual. Nos encontros seguintes recorreremos à apresentação de filmes que estimularam reflexões sobre as violências estruturais, a repressão e perseguição à liberdade humana e o papel da mídia de massa.

DISCUSSÃO SOBRE AS CONQUISTAS E DESAFIOS:

Foi importante conduzir a dinâmica dos grupos de maneira que se respeitasse a livre expressão de cada um, inclusive daqueles que, mais retraídos, se recusavam a se expor. Condutas de resistência, atitudes de defesas e de evasão foram observadas nos mais imaturos. Na constituição de um dos grupos, as adolescentes estranharam e repudiaram a presença e participação de garotos. Tal exclusão ocorreu provavelmente por constrangimento que não tivemos tempo para contornar, como ocorreu em outro grupo. As considerações apresentadas quanto às precariedades dos jovens não nos desobrigou de revermos nossos métodos de constituição dos grupos, de escolha do material didático e do encaminhamento das dinâmicas.

¹⁶¹ O Projeto Trance essa Rede foi coordenado pelo Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual, financiado pelo Ministério da Saúde.

Ressalte-se que nas dinâmicas, os garotos revelaram dificuldades no domínio do conhecimento sobre o seu corpo, conforme afirmaram SOUZA, PEREIRA e SOUZA (2011, p. 38).

Alguns componentes revelavam explicitamente suas experiências precoces com relação à sexualidade e à violência, demonstrando elevado nível de precocidade para a faixa etária. Tais exposições eram carregadas de negação das angústias decorrentes dos traumatismos sofridos. Por outro lado foram reveladas formas de desejo e de orientação sexual diversas dentre os jovens, diversidades que puderam ser toleradas pelos participantes. O grupo tornou-se mais participativo de forma geral, apresentando melhoras quanto à comunicação, com os membros mais cúmplices, mais integrados e com maior motivação para os encontros. As adolescentes tornaram-se crescentemente cooperativas, com contribuições que auxiliaram o grupo a elevar o nível de produção reflexiva, sendo que uma delas que evidenciara forte resistência no início, expressou sentimentos positivos, agradeceu pelos trabalhos, dos quais se beneficiou, e fez sugestões plausíveis para a organização dos próximos encontros, demonstrando grande motivação em continuar.

Segundo ABDUCH (2008) em todas as situações de mudança, alguns temores típicos são acionados, frente à perda e ao medo de ataque. O medo de ataque está relacionado ao inédito da situação, e aquela era uma situação nova para os que não encontravam oportunidades para discutir suas intimidades em situação segura, madura, mobilizando ansiedades compreensíveis até a criação do vínculo e conquista da confiança necessária para o processo de reflexão.

A equipe precisou rever também suas expectativas, discutir as metodologias para prosseguir trabalhando, vislumbrando as respostas dos participantes e contornando as impulsões comportamentais, tão frequentes dentre os adolescentes. E exatamente como se tratava de discutir sobre o uso das mídias sociais, os garotos compareciam portando seus aparelhos eletrônicos e utilizando-se destes algumas vezes, de maneira que não convinha às discussões. Tais condutas foram também objeto de nossas reflexões com eles. Consideramos a evolução do grupo nesses termos:

Um grupo não nasce pronto, não é imediato. Passa por diversos momentos antes de tornar-se operativo. Tem momentos de estruturação, desestruturação e reestruturação. Tem momentos confusionais, em que o coordenador ou monitor deve estar atento para não sucumbir com o grupo. "(ABDUCH, 2008, p. 397)

Tais considerações são muito importantes para nós que atuamos como mediadores dos grupos, para compreendermos os movimentos psicodinâmicos intragrupo, cultivando a proximidade e empatia, mas também legitimando as distâncias dentre nós e os jovens, em diferenças que permitem as mútuas identificações. Deste modo consideramos que ao final da jornada de encontros, todos fomos subjetivamente afetados no interjogo das relações grupais, com os elos que se formaram. Abduch (2008) aponta como um dado, que nos orienta a avaliar os efeitos do nosso trabalho, que "identificamos se o vínculo foi estabelecido quando somos internalizados pelo outro e internalizamos o outro dentro de nós, quando ocorre uma mútua representação interna" (p.393) Avaliamos que este fenômeno ocorreu como resultado significativo do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Constatamos com esta experiência a necessidade de discutir metodologias adequadas e disponibilizar ainda mais trabalhos sistemáticos voltados à saúde sexual de adolescentes. Conforme verificamos, os jovens encontram pouca ressonância nas orientações sexuais desencadeadas no âmbito domiciliar ou escolar, *quando estas ocorrem*.

O asseguramento de um espaço contínuo junto a pessoas confiáveis e próximas da realidade juvenil, é um direito daqueles que crescem. Contudo esses trabalhos devem contemplar os reais interesses e dúvidas dos jovens, conforme assinalaram ABRAMOVAY, CASTRO e SILVA (2004), que abordaram as metodologias inadequadas no campo da sexualidade, adotadas nas escolas. Aspectos relacionados ao prazer, às fantasias e representações, são negligenciados, em detrimento das informações mais

objetivas. Estas abordagens têm resultado em desmotivação e saturação, conforme as pesquisadoras reconheceram.

Encontramos respaldo em ABDUCH (2008) que asseverou que “(...) mudança de comportamento de risco não é algo simples. Exige um trabalho contínuo.” (...) demanda tempo de gerações, e só terá legitimidade se a sociedade gerir essas mudanças (p. 400). Enfatizamos a exigência de tessitura de redes de atenção e co-responsabilização entre universidades, poder público e iniciativa privada, para que intervenções convenientes em prevenção aos agravos em saúde sexual de jovens venham a responder aos desafios que a vida em sociedade comporta.

Concluímos até o presente, pela necessidade de continuidade de acompanhamento desses jovens que constituem uma população de traumatizados por experiências anteriores de violência intrafamiliar, principalmente para aqueles que permanecem sob o risco de novas violências, exclusões e discriminações. A perspectiva de um assessorar contínuo, conforme proposta aceita pelos novos integrantes dos grupos poderá capacitá-los a se tornarem multiplicadores na veiculação e formação de opinião e condutas sexuais saudáveis e protetivas, participando de redes de identificação e de denúncias de violação dos direitos sexuais dos jovens nas comunidades onde vivem.

REFERENCIAS

ABDUCH, Grupos operativos com adolescentes. In: Schor, Néia; Mota, Maria do Socorro F. Tabosa; Branco, Viviane Castelo. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999. p.289-300. Disponível em: http://cliente.d-on.co/abmp/site_dev//textos/371.htm

ABRAMOVAY Miriam, CASTRO Mary Garcia e SILVA, Lorena Bernadete. **Juventudes e Sexualidade** Brasília: UNESCO Brasil, 2004

ALVES, et al. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária** Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrext/Educa/Educa169.pdf>

ARRUDA, et al. **Adolescentes, jovens e educação em sexualidade**. Um guia para ação, 2011. Disponível em: <http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2011/07/Toolkit-1.pdf>

BOUSSON, Shayana; CASTRO, Mary Garcia; RIBEIRO, Ingrid Norma e cultura: diversificação das infâncias e adolescências na sociedade brasileira contemporânea de acordo com os direitos sexuais e reprodutivos. : **Criança e -adolescente: direitos e sexualidades**. ABMP e Childhood Instituto WCF- Brasil, novembro de 2008, p. 28-43

GABRIEL, M. Vídeo: Perigos e Oportunidades das Redes Sociais. In: Utilizando Mídias na Educação. Disponível em: <http://utilizandomidias.blogspot.com.br/2013/04/videos-perigos-e-oportunidades-das.html>

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Adolescência e Saúde 3**. São Paulo, 2008.

SOUZA, PEREIRA e SOUZA, Falando de “Sexo” com Adolescentes. Revista Dialogos: pesquisa em extensão universitária, Brasília, v.15, n.1, jul, p. 34-41,2011. Disponível em:

<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/view/3547/2082>

TAQUETTE, S.R. **Sexualidade na adolescência**. A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. Disponível

: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_14.html. 29 maio 2013.

UNGARETTI, Maria América Aprimoramento do Sistema de Garantia de Direitos: fluxos operacionais devidos. In: **Criança e Adolescente: Direitos e Sexualidade**.

Associação de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude. Instituto WCF Brasil, 2008, p. 134-203.

Vídeo: Você tem vida privada de verdade nas redes sociais? In: Blog Telas Amigas.
Disponível em: <http://blog.telasamigas.com/2011/05/voce-tem-vidaprivada-de-verdade-nas-redes-sociais/>

“TÔ BEM NA FITA!”

UMA ABORDAGEM COM ADOLESCENTES E JOVENS COM RELAÇÃO AO SEU
PESO NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Irvany Maura Bedaque Ferreira Frias

Natalia Maria Pereda

Danilo Alberti dos Santos;

Liliane Ribeiro;

Ione de Freitas Julien;

Gilda D`Agostino Eugui;

Edmund C. Baracat

Albertina Duarte Takiuti

Resumo: A presente investigação de título “Tô bem na fita!”- Uma abordagem com adolescentes e Jovens com relação ao seu peso num Hospital Universitário, tem como objetivo investigar os reais **fatores de risco e vulnerabilidade** predisponentes para o desenvolvimento dos transtornos alimentares e da obesidade em adolescentes e jovens. A identificação de estes riscos permite o fomento da prevenção, junto com as equipes multidisciplinares.

Foram aplicados durante o período de 6 meses, 150 questionários em 150 adolescentes e jovens de 10-25 anos, do sexo feminino de varias regiões da capital do Estado de São Paulo e de outros estados, com vários níveis de escolaridade desde a escola primaria até a universidade que costumam freqüentar os serviços de ginecologia do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Pérola Byington, ambos em parceria com o Programa de Saúde do Adolescentes do Estado de São Paulo.

Os resultados contribuíram a delinear o comportamento de um grupo de mulheres adolescentes e jovens de 10 a 25 anos, com o fim de definir qual seria a visão contemporânea de este grupo sobre a alimentação e qual seria sua realidade. Em um ambulatorio de ginecologia foi possível identificar vulnerabilidades em relação com os transtornos alimentares e a obesidade, e isto se converte em um ponto de reflexão crítica no dia a dia dos profissionais que se ocupam da população adolescente.

Palavras Chaves: adolescência, obesidade, transtornos alimentares, vulnerabilidade, imagem corporal, mitos, crenças, hábitos alimentícios, médios.

Introdução

O curso de vida, a história de um ser humano é a somatória dos fatores de risco e de proteção que viveu isso agrega mais ou menos vulnerabilidade à sua vida.

Desenvolver habilidades para vida é um processo permanente e requer o manejo de emoções e sentimentos, tensões e estresses de forma a estruturar uma identidade saudável. Na adolescência, isso é mais evidente justamente por ser um ciclo de vivência ativa onde seu entorno, suas escolhas e suas oportunidades é que irão determinar quem será no futuro. A perspectiva de curso de vida muitas vezes depende dessas habilidades. Esse é o verdadeiro percurso de humanização.

Como, então o atendimento na rede básica de atenção primária dentro da equipe multiprofissional? Psicólogos, médicos, naturólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, são alguns dos profissionais que compõem essa equipe.

Cabe aqui uma apresentação do Programa de Saúde Integral do Adolescente do Estado de São Paulo, e como o mesmo chegou à sua atual formação.

Programa de Saúde Integral do Adolescente do Estado de São Paulo,

O Programa iniciou em 1985, com a implantação de um projeto de atenção à saúde integral do adolescente, sendo o primeiro serviço inaugurado na rede pública em 1986. Em 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS e em 1990, o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA surgem para fortalecer a iniciativa. Em 2005, o Programa foi transformado em Lei no Estado de São Paulo. Atualmente, outros Estados estão aderindo a ideia.

A equipe multiprofissional, em seu papel, deve acolher o adolescente com todas suas características de forma a propiciar o desenvolvimento de suas habilidades e ser continente a ele sem distinção e sem pré-conceitos estabelecidos.

Espaço mental é a capacidade de atender em um espaço criativo o qual propicie acolhimento, é ver e ouvir o adolescente em sua totalidade e demanda. Escutar já é atender! Ouvir e ver no sentido mais amplo de perceber, entender, dar atenção, conhecer, assistir, reconhecer e compreender. Mesmo que sua solicitação, a princípio não possa ser atendida na rede básica, os profissionais devem buscar acolhe-la. Não se diz “não”, isso já é por si um recurso protetivo.

Desta forma, promover atitudes preventivas de saúde e criar um ciclo de proteção, é papel fundamental da equipe.

O atendimento grupal realizado no Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo passou a ser um espaço de referência na rede social do adolescente. A escuta de seus sentimentos e questionamento cria uma dialética de confiabilidade.

O grupo “Tô bem na fita” surge justamente da observação da equipe de que assuntos específicos ligados à alimentação e nutrição, atividade física e qualidade de vida seriam temas de interesse e necessidade dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital Pérola Byington.

O nome “Tô bem na fita!” foi escolhido justamente por ser uma expressão habitualmente utilizada pelos adolescentes, a qual em sua forma mais abrangente, denomina a percepção de como esse adolescente é visto pelo outro, pelo grupo e pela sociedade.

Sempre com conotação positiva engloba estar sendo bem sucedido em todos os campos da vida. Além de fazer menção à “fita”, como fita métrica.

A INVESTIGAÇÃO TÔ BEM NA FITA

A pesquisa surgiu da necessidade de investigar os reais **fatores de risco e vulnerabilidade** predisponentes para o desenvolvimento de transtornos alimentares e obesidade. Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier e Petrovich (1991) encontraram, entre adolescentes australianos, especialmente os do sexo feminino, preocupação com o controle de peso. Além disso, eles tendiam a atribuir à magreza características como felicidade e inteligência.

O objetivo da pesquisa é Identificar riscos de distúrbios alimentares entre adolescentes, possibilitando ações de prevenção e oferecendo cuidado multiprofissional com relação à alimentação do adolescente. Conhecer os hábitos e comportamentos relacionados à alimentação; se praticam atividade física; se fazem uso de medicamentos com orientação médica; se sofreram bullying e se fatores de hereditariedade estão presentes.

Dechen, Cano e Ribeiro (2000) identificaram verbalizações de descontentamento com excesso de peso e sentimentos de menos valia, devido a chacotas sofridas por companheiros de escola.

Esses fatores podem ser influenciados pelo culto à magreza? O engajamento em dietas e a maneira como se comportam com relação à alimentação e ao corpo são incentivados pela mídia? Esses temas são averiguados no presente trabalho.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 150 adolescentes e jovens do sexo feminino de 10 a 25 anos, das mais diversas regiões da capital e do Estado de São Paulo e algumas de outros

Estados. Tem escolaridade variada desde o ensino fundamental I até curso universitário que freqüentam os serviços de ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital Pérola Byington, ambos em parceria com o Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Foram aplicados, no período de 6 meses, questionários criados pelas autoras (em anexo) Trata-se de questionário semiestruturado de caráter qualitativo intitulado “Tô bem na fita!” Este último foi elaborado de acordo com a observação dos assuntos relevantes a esse grupo nas atividades práticas dos ambulatórios.

Os questionários foram aplicados no espaço do grupo “Tô bem na fita!” (já apresentado) . Trata-se de um grupo aberto que funciona semanalmente sempre com temas relacionados a alimentação, atividade física e qualidade de vida. Nesse questionário , as questões foram divididas em quatro categorias relacionadas aos seguintes aspectos: comportamento e hábitos alimentares, imagem corporal, comunicação e mídia, mitos e crenças

O grupo tem como referência básica a não segregação à adolescentes, com mais ou menos peso. Todas são acolhidas sem restrição e não há um grupo exclusivo para obesas e/ ou com transtornos alimentares.

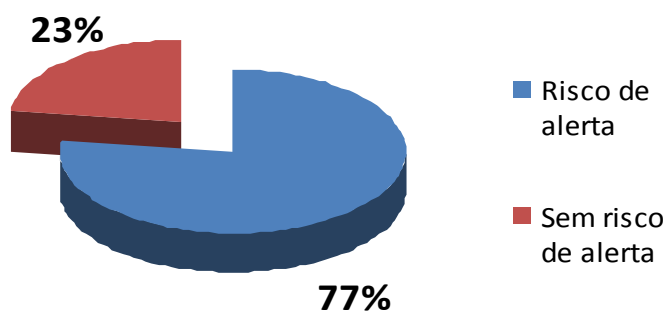
E foi usado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT- 26) e o

A análise foi realizada por meio de tabulação quantitativa para o questionário EAT-26 e qualitativa para o questionário semi-estruturado “Tô bem na fita!”..

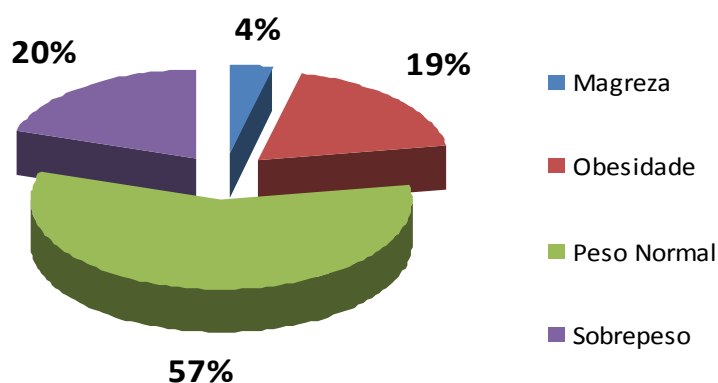
Resultados:

Foram obtidos os seguintes resultados

77% da população pesquisada apresentam propensão a desenvolver algum tipo de distúrbio alimentar;



39% estão acima do peso; 57% estão no peso normal e 4% estão abaixo do peso considerado normal.



Comportamentos e hábitos alimentares:

Quantidade de refeições diárias: 62% realizam de 3 a 4 refeições e 52% fazem intervalos curtos entre elas; 67% consomem frutas e verduras; 63% consomem fast-food de 1 a 7 vezes por semana; 68% fazem as refeições em frente ao computador e/ou televisão.

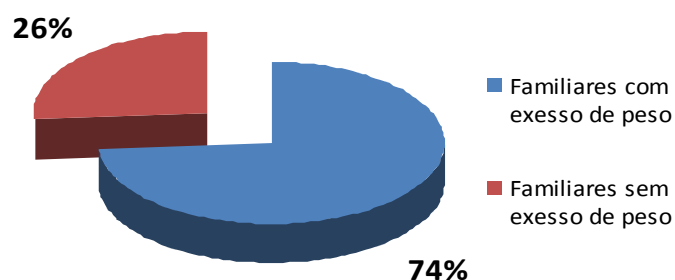
69% costumam cozinhar e 76% gostam de fazê-lo.

53% fazem dieta sem orientação médica e 40.5% utilizam inibidores de apetite e 94.5% não utilizam laxantes e diuréticos.

54% da população pesquisada praticam atividade física.

33% referem ter sido vítima de bullying, não necessariamente relacionado ao seu peso.

74% possuem familiares com excesso de peso, em sua maioria pais, irmãos e tios.



Mídia e Comunicação:

94% utilizam a Internet, com duração de 1 a mais de 4 horas diárias. 86% acessam a Internet por meio do *computador*, 55% do *celular* e 2.6% pela *televisão*; 32% pesquisam sites sobre alimentação.

Imagem Corporal:

31% se consideram a pessoa mais bonita entre seus conhecidos e 25% consideram a mãe a pessoa mais bonita. 81% indicaram atores e cantores brasileiros e estrangeiros como sendo os homens famosos mais bonitos. Cabe ressaltar que nenhum deles está acima do peso e que todos possuem porte atlético. Entre as mulheres famosas mais bonitas escolhidas, 83% delas estão entre artistas em evidência na mídia no momento do presente estudo.

Mitos e Crenças:

85% acreditam que existe um padrão de beleza imposto pela sociedade.

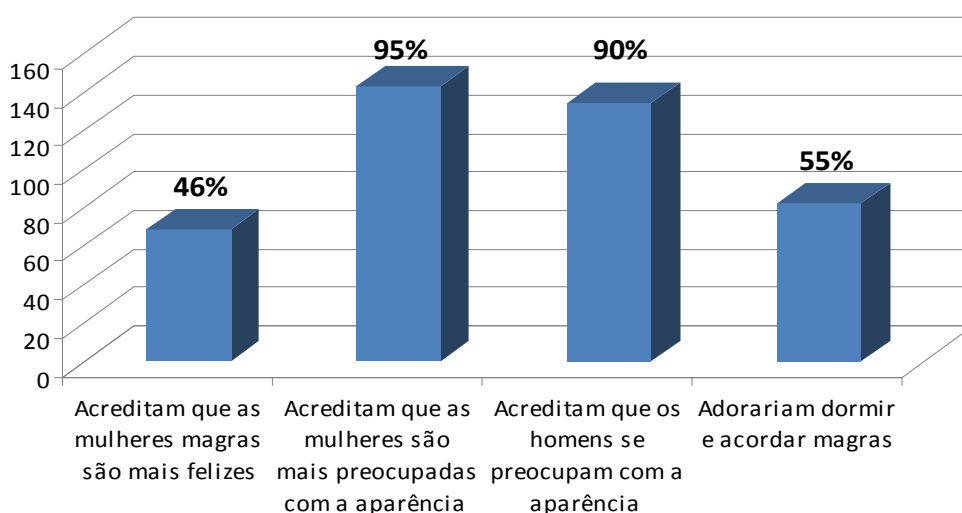
46% acreditam que mulheres magras são mais felizes e 48% que essas mulheres são mais “paqueradas”.

66% colocam que homens “sarados” (de corpo escultural) conquistam mulheres mais bonitas.

90% acreditam que os homens se preocupam com a aparência.

95% acreditam que as mulheres se preocupam com dietas e corpo perfeito e 55% delas adorariam dormir e acordar magras.

20% planejam juntar dinheiro para colocar silicone em alguma parte do corpo.



Discussão:

As preocupações com o peso e forma corporal apresentam-se dentro de um continuum no qual o transtorno alimentar e a obesidade são casos extremos.

Entre os dados coletados, destaca-se a alta porcentagem de 39% de adolescentes e jovens acima do peso. Este número é tanto mais preocupante quando se constata que

74% do grupo pesquisado possui um ou mais familiares acima do peso. Pode-se inferir que a atual população adolescente e jovem, com sobrepeso, poderá contribuir para uma porcentagem ainda mais elevada de sujeitos acima do peso no futuro. Comorbidades que se instalam precocemente chamam a urgência de enfocarmos esse assunto de maneira efetiva com os adolescentes e jovens.

Todo adolescente tem em sua mente um corpo idealizado, e quanto mais este corpo se distanciar do real, maior será a possibilidade de conflito, comprometendo sua autoestima. (Chipkevitch, 1987).

Os dados também mostram que 77% da população pesquisada é bastante vulnerável ao surgimento de algum transtorno alimentar. Os fatores internos que determinam os períodos de alimentação e não alimentação são as experiências psicológicas de fome e saciedade. O que demonstra que são hábitos introjetados, muitas vezes desde a infância, proveniente do meio familiar e cultural.

Comida e afeto se combinam. O alimento não serve única e exclusivamente para suprir as necessidades biológicas, aparece também como mediador das tensões emocionais.

Para Mc Namara (2002), crenças culturais determinam normas sociais na relação com o corpo. Práticas de embelezamento, manipulação e mutilação, fazem do corpo um terreno de significados simbólicos.

O ideal de beleza feminina centrado na magreza é parte integrante das psicopatologias dos transtornos alimentares.

A obesidade também está ligada a distúrbios da área afetiva, pois ainda é uma doença que estigmatiza. “Essa poderá ter vários significados, como “carapaça” ou da criação de um “escudo protetor” no qual se refugiam e ocultam suas novas formas físicas (na passagem da infância para a adolescência) que poderão ser sexualmente atrativas e que provocarão, por isso, o interesse dos outros”. (Outeiral, 1994).

Diante disso, optou-se a criar um grupo onde esses adolescentes e jovens pudessem manifestar-se de forma a sentir-se a vontade, sem conceitos pré existentes com relação às suas medidas.

Relato de uma adolescente: “Quero ser magra, alta e loira!”. Ela é morena e gordinha (apresenta puberdade precoce, poderá menstruar em alguns meses e, em consequência, terá baixa estatura). Essa expectativa é decorrente de uma demanda exclusivamente interna e/ ou reforçada pelos meios de consumo? Ou ainda pelos dois? E a família, como enxerga essa demanda?

Falas como essa demonstram como a imagem que se faz de si próprio e as influências do meio distorcem a realidade trazendo prejuízo à autoestima.

O pensamento mágico do adolescente está suscetível, facilitando sua identificação com personagens que de forma fantasiosa resolvem qualquer tipo de adversidade. Modelos nutricionais, de beleza e de saúde são inculcados e muitas vezes são incompatíveis com as condições sócio econômicas gerando transtornos alimentares, deficiências nutricionais, frustrações e alteração da imagem corporal.

Entre os aspectos avaliados, mídia e comunicação são fatores que influenciam de forma significativa os padrões de comportamento e os hábitos alimentares da população pesquisada.

Para Stice (2002), existem evidências que dão suporte de que a mídia promove distúrbios da imagem corporal e alimentar. Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas.

Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) pelos veículos de comunicação.

Um padrão estético de magreza parece predominar entre meninas e elas o atingem com hábitos e consumo alimentar inadequados.

O adolescente tem como característica comportamentos de contestação que o tornam vulnerável, volúvel, seguidor de líderes, grupos e modas, desenvolvendo preocupações ligadas ao corpo e à aparência (Gambardella, 1995; Mantoanelli et al.,1997).

Uma adolescente de 15 anos refere no grupo:

“Quero ter o corpo como a da Gisele Bündchen, o cabelo da Jennifer Aniston e o marido da Angelina Jolie!”.

Diante da força da mídia, uma das conclusões da pesquisa é que uma possibilidade válida de atenção para a abordagem do problema é fomentar cada vez mais uma parceria com a própria mídia, incentivando a veiculação de dados sobre alimentação e saúde. Utilizar artistas e modelos para tal seria uma forma de utilizar esse recurso em benefício.

Formar a capacidade de discernimento, informação e conhecimento leva o adolescente a escolhas mais saudáveis de hábitos. O grupo propicia insights coletivos o que leva a mudanças de comportamento, além de ser por si e pelo próprio convívio grupal um fator de proteção.

“Eu adorei o grupo, me ajudou bastante na minha alimentação. Não estou muito gorda com esse grupo me acompanhando, eu já consegui emagrecer 2 kg. Estou me sentindo melhor, mais saudável, consegui manter meu peso”. (Escrita de uma adolescente de 13 anos sobre o grupo “Tô bem na fita!”).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) recomenda aos países colaboradores que incluam políticas de atenção à saúde de adolescentes, incluindo critérios objetivos e planos de implementação de pesquisas e avaliação de programas de saúde. O trabalho com o grupo “Tô bem na fita!” é uma das maneiras de atenção primária que vai de encontro a essa solicitação.

Planos futuros e estilo de vida saudável é o que pretendemos que nossos adolescentes e jovens venham a ter. Onde escolhas possam ser feitas com *discernimento e consciência*, uma escolha de fato!

Os conteúdos abordados no processo grupal levam a reflexão e conseqüente incorporação de hábitos mais saudáveis, esse processo passa a promover autoestima, auto cuidado, descoberta da auto-imagem, domínio do próprio corpo e principalmente empoderamento reduzindo a vulnerabilidade física, psicológica e social.

Os resultados de modo geral contribuíram para definir qual a visão contemporânea de adolescentes e jovens sobre alimentação, seus hábitos e comportamentos mais comuns, crenças e mitos e como a imagem corporal é influenciada pela mídia. Num ambulatório de ginecologia foi possível identificar vulnerabilidades em relação a transtornos alimentares e obesidade e esse passa a ser um ponto de reflexão fundamental no dia a dia de profissionais que lidam com a população adolescente.

O grupo “Tô bem na fita!” pertencente ao Programa de Saúde Integral do Adolescente do Estado de São Paulo, cria um espaço protetor de acolhimento e orientação, propiciando oportunidades para que as adolescentes expressem suas dúvidas e desenvolvam crítica própria e benéfica, contribuindo para o fortalecimento de sua personalidade, tornando-a menos vulnerável ao desenvolvimento de obesidade e distúrbios alimentares. Melhorando assim, sua saúde biológica, psicológica e social.

Referências Bibliográficas:

- ABERASTURY, A. & Knobel, M. (1970) - Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- ADAMS, G.R. - Physical Attractiveness Research: toward a Developmental Social Psychology of Beauty. Human development 20: 217-239, 1977.
- BECKER, A.E.; Burwel, R.A.; Gilman, S.E.; Herzog, D.B.; Hamburg, P.- Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. The British Journal of Psychiatry 180: 509-14, 2002.
- CLAUDINO, A.M. & Zanella, M. T.- Guia de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp- Escola Paulista de Medicina. Transtornos alimentares e obesidade. Editora Manole, 2004.
- COOPER, P.; Taylor, M.J.; Cooper, Z. & Fairburn, C.G. - The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders 6: 485-94, 1987.

CASH, T.F.; Deagle E.A. - The Nature and Extent of Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia: a Meta-analysis. International Journal of Eating Disorders 22: 107-25, 1997.

CASTLE, D.D.; Philips, K.A. - Disorders of Body Image. Philadelphia: Wrigerton Biomedical Publishing, 2002.

DOWSON, J. and Nenderson, L. -The Validity of a short Version of the Body Shape Questionnaire. Psychiatry Research 102: issue 3, 2001.

KRAUSKOPF, D.- A adolescência y educación- Editorial Universidad Estadual A Distancia, 1997.

OUTEIRAL,O. José- Adolescer. Estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

SCHILDER, P. - A Imagem do Corpo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994 TAKIUTI, A. Duarte & colaboradores – Adolescência e saúde III, São Paulo, Secretaria do estado da saúde de São Paulo, 2008.

THOMPSON, J. K. - Body Image, Eating Disorders and Obesity. Washington D.C.: American Psychological Association, 1996.

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO E TÂNIA MARIA JOSE AIELLO VAISBERG –

*ANAIS DA XI JORNADA APOIAR: ADOLESCÊNCIA: IDENTIDADE E SOFRIMENTO NA CLÍNICA SOCIAL –
22 DE NOVEMBRO DE 2013 - INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP*

ANEXOS – QUESTIONÁRIOS APLICADO

Data da aplicação: ____/____/____ Nome: _____

“Tô bem na fita?”

Identificação:

Como gosta de ser chamado/a: _____

Sexo: F () M ()

Idade: _____.

Cidade em que nasceu: _____

Religião: _____.

Onde você mora? _____

Com quem mora? (histórico familiar) _____

Já sofreu de bullying? _____

Como é seu bairro? _____

Gosta de onde mora? Sim () Não () Porque _____

Onde você gostaria de morar? _____.

Você estuda? Sim () Não ()

Gosta da sua escola? Sim () Não () Porque _____

Seus pais estudaram? _____

Em que trabalham? _____

Você gosta do trabalho que seus pais têm? Sim () não () Porque _____

Você é: Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Outros ()

Tem filhos? Sim () Não () Se sim, quantos? _____.

Qual a idade deles? _____.

Mora com quem? _____

1. **Costumo fazer dietas.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
2. **Como alimentos dietéticos.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
3. **Me sinto mal após comer doces.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
4. **Gosto de experimentar novas comidas engordantes.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
5. **Evito alimentos que contenham açúcar.**
Nunca () raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
6. **Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, macarrão).**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
7. **Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
8. **Gosto de estar com o estômago vazio.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
9. **Quando faço exercícios, penso em queimar calorias.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
10. **Me sinto extremamente culpado(a) depois de comer.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
11. **Fico apavorado (a) com o excesso de peso.**
Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()
12. **Me preocupa a possibilidade de ter gordura no meu corpo.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

13. **Sei quantas calorias têm os alimentos que como.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

14. **Tenho vontade de vomitar após as refeições.**

Nunca () raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

15. **Vômito depois de comer.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

16. **Já passei por situações em que comi demais, achando que não
la conseguir parar.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

17. **Passo muito tempo pensando em comida.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

18. **Me acho uma pessoa preocupada com a comida.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

19. **Sinto que a comida controla a minha vida.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

20. **Corto minha comida em pedaços pequenos.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

21. **Levo mais tempo que os outros para comer.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

22. **As outras pessoas acham que sou magro (a) demais.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

23. **Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

24. **Sinto que os outros me pressionam a comer.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito frequentemente () Sempre ()

25. **Evito comer quando estou com fome.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()

Muito freqüentemente () Sempre ()

26. **Demonstro autocontrole em relação à comida.**

Nunca () Raramente () Às vezes () Frequentemente ()
Muito freqüentemente () Sempre ()

Questionário:

1. **Costuma usar internet?** Sim () Não ()

Se sim, quanto tempo por dia?

1 hora () 2 horas ()

Mais de 4 () Outros () _____.

2. **Como acessa a internet?**

Computador ()

Celular ()

Outros () _____.

3. **Costuma pesquisar sites que falam sobre alimentação e corpo saudável?** Sim () Não ()

Se sim, quais: _____

4. **Se tivesse um aplicativo ou site que fornecesse dicas de alimentação e corpo saudável você utilizaria?** Sim () Não ()

5. **Acha que está no peso ideal?** Sim () Não ()

6. **Quando digo que não estou satisfeito com meu corpo as pessoas: Concordam () ou Não concordam ()**

7. **Sabe quanto pesa?** Sim () Não ()

Se quiser, fale quanto: _____.

8. **Quanto gostaria de pesar?** _____.

9. **Você se considera:** Magro () Gordo () No peso ideal ()

10. **Qual a parte que mais gosta do seu corpo?** _____

10. **Qual a parte que NÃO gosta do seu corpo?** _____

12. **Costuma fazer quantas refeições por dia?**

Uma () Duas () Três () Quatro () Cinco () Mais de 5 ()

13. **Costuma cozinhar?** Sim () Não ()

14. **Gosta de cozinhar?** Sim () Não () **O que?** _____

15. **Cite uma pessoa que considera bonita:** _____

Um homem famoso bonito: _____.

Uma mulher famosa bonita: _____.

16. **Você se acha bonito/a?** Sim () Não ()

Porque _____

17. **Costuma comer na frente do computador?**

Sim () Não () O que? _____.

18. **Costuma praticar atividade física?** Sim () Não ()

Qual? _____

19. **Quanto tempo pratica atividade física por dia?**

1 hora () 2 horas () 4 horas () Outras () _____.

20. **Quantas vezes por semana come em fast- food (Comida pronta):** _____.

21. **Costuma usar laxantes e/ou diuréticos?** Sim () Não ()

22. **Toma remédios inibidores de apetite?** Sim () Não ()

23. **Quando faz dieta costuma ser com orientação médica?** Sim () Não ()

24. **Tem alguém na família com problemas de excesso de peso?** Sim () Não () Quem?

_____.

25 Coloque falso ou verdadeiro:

- **Mulheres magras são mais felizes!** Verdadeiro () Falso ()

- **Homens sarados arrumam namoradas mais bonitas.** Verdadeiro () Falso ()

- **Os homens se preocupam com a aparência.** Verdadeiro () Falso ()

- **As mulheres são mais preocupadas com dietas e corpo perfeito.** Verdadeiro () Falso ()

- **Existe um padrão de beleza imposto em nossa sociedade.** Verdadeiro () Falso ()

- **Costumo ficar me olhando no espelho.** Verdadeiro () Falso ()

- **Gosto do que vejo quando me olho no espelho.** Verdadeiro () Falso ()

- **Quando vou a uma festa a menina mais paquerada é a mais magra.** Verdadeiro () Falso ()

- **Na escola o menino mais popular tem barriga de tanquinho!** Verdadeiro () Falso ()

Adoraria dormir e acordar magra! Verdadeiro () Falso ()

Quando trabalhar vou guardar dinheiro para colocar silicone: Verdadeiro () Falso ()

Acho que meu corpo está ótimo! Verdadeiro () Falso ()

Como salada e frutas diariamente. Verdadeiro () Falso ()

- Costumo ficar muitas horas sem me alimentar.

Verdadeiro () Falso ()

Me conte como é seu final de semana:

Como é sua rotina diária?

Você acha que está bem na fita? Sim () Não () Porque

Obrigada!

Programa de saúde do adolescente - Ambulatório de ginecologia da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo - 2013