ANAIS DA IX JORNADA APOIAR: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS: BRASIL, ARGENTINA CHILE E PORTUGAL

Instituto de Psicologia da USP

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
(organizadora)

18 de novembro de 2011

São Paulo

IX JORNADA APOIAR

ANAIS DA IX JORNADA APOIAR:

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS: BRASIL, ARGENTINA CHILE E PORTUGAL

18 de Novembro de 2011

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (organizadora)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIOD E SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

CURSO DE OBSTETRICIA DA EACH-USP

REDE LATINOAMERICANA DE OBSTETRICIA - RELACAHUPAN

INSTITUTO ZERO A SEIS

APOIO: FUNDO DE FOMENTO ÀS INICIATIVAS DE CULTURA E EXTENSÃO DA PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA USP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

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

Jornada APOIAR (9.: 2011: São Paulo)
Anais da IX Jornada APOIAR: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal, realizada em 18 de novembro de 2011, em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. - São Paulo: IPUSP, 2011.

CD

Inclui bibliografia.
ISBN: **978-85-277-1849-3**

1. Psicologia clínica 2. Violência doméstica 3. Rede 4. Clínicas I. Título.

RC467

APRESENTAÇÃO DA IX JORNADA APOIAR: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS: BRASIL, ARGENTINA CHILE E PORTUGAL

Esse Caderno de Anais reúne as comunicações e apresentações realizadas na nona Jornada APOIAR realizada no dia 18 de novembro de 2011, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo.

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

O APOIAR, amplo projeto inserido no Laboratório,criado em 2002, foi consolidado em 2003, e desde então realizamos Jornadas temáticas, uma por ano. Em todas estas contamos com palestrantes convidados de instituições, universidades e organizações, de outros Estados e também de outros países. E desde 2003 são realizadas os encontrosanuais, as conhecidas Jornadas APOIAR., com a presença de palestrantes de instituições, universidades e organizações, do Brasil e de outros países, como esse ano de forma presencial e online.

Em 2011 esse nono evento é realizado a partir daparceria entre o APOIAR eo Instituto Zero a seis, Presidido pela Dra. Vera Melis e Dr João Augusto Figueiro. O Instituto Zero a Seis é uma organização humanitária sem fins lucrativos, não governamental e não-sectária, sem qualquer filiação partidária, com a missão de sensibilizar,conscientizar e mobilizar a sociedade brasileira para destacar a importância do desenvolvimento do individuo na primeira

infância, na promoção da cultura de paz e na construção da cidadania. E ainda conta na organização do evento com a Rede Latinoamericana de Obstetricia RELACAHUPAN e o Curso de Obstetrícia da EACH-USP, tendo como colaboradora e parceira a Dra Dora Mariela Salcedo Barrientos.

Na Jornada de 2011 temos as participações das professoras conferencistas da Universidade do Chile(Dra Carolina Navarro) e da Universidade de Buenos Aires, Argentina (Dra Rosa Inés Colombo). As apresentações destas estão divulgadas nesse Caderno, junto da nossa, na Mesa intitulada– INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA .

Em seguida são inseridos os resumos das apresentações das pesquisadores que compõem a Mesa PESQUISAS NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INTRAFAMILIAR NO BRASIL.

A experiência do trabalho em rede desenvolvido em Coimbra (Portugal) é apresentada em videoconferência, a partir do Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, dirigido pelo Dr. João Redondo permitindo a difusão para muitas universidades brasileiras. Também temos a participação do Prof. Dr. Rui Paixão -Professor da Universidade de Coimbra.O conteúdo dessas apresentações é reunido nesse Caderno na seção-VIDEO CONFERÊNCIA “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE”.PROPOSTAS DE COIMBRA.

Ainda, nesse Caderno inserimos os resumos das apresentações de docentes e pesquisadores de diferentes Universidades brasileiras e membros ativos das redes do Butantã (Zona Oeste) e da Zona Leste da cidade de São Paulo entre outros importantes atores nacionais, estaduais e municipais atuantes na área da prevenção da violência.Tais trabalhos estão reunidos na seção PROGRAMA DE ATIVIDADES DAS REDES DE S. PAULO – BRASIL, que contem: A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NO DISTRITO RAPOSO TAVARES – BUTANTÃ SÃO PAULO e A

CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO.

Desde o início, contamos com a participação de estudantes de graduação e pós graduação do IPUSP em nossos projetos e propostas, que trazem suas contribuições nas Jornadas e as apresentam em forma de pôsteres. E nas últimas edições também vem sendo apresentados trabalhos e projetos de estudantes e pesquisadores de outras universidades e instituições. O evento vem crescendo a cada edição, e essa participação mais ampla de trabalhos se apresenta como uma decorrência desse desenvolvimento. O conteúdo dessas produções , na forma de resumos e trabalhos completos, estão reunidos na seção referente a PÔSTERES.

O evento também vendo sendo transmitido on line pelo iptv (iptv@usp.br), permitindo o acesso de muitas pessoas aos trabalhos, e essapossibilidade se deve aosfuncionários de informática do Instituto de Psicologia da USP., que também cuidaram dos detalhes técnicos da videoconferência .

A Mesa de Encerramento conta cm a presença de importantes autoridades que vem lutando e apoiando iniciativas como a que esse evento representa. Assim temos as presenças de : Dra.Carmem Silveira de Oliveira – Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República; o Dr. Jose Gregori - Secretário Especial de Direitos Humanos da Prefeitura de São Paulo; ex-ministro da Justiça ; a senhora Celia Cristina Whitaker Secretaria Executiva – Secretaria Especial de Direitos Humanos, Programa de Proteção à Criança; o Dr. Jose Roberto Bellintani - Instituto São Paulo Contra a Violência; o Dr. Jose Guilherme Queiroz de Ataíde –Cônsul Geral de Portugal em São Paulo sob a Coordenação da Dra Maria Arminda do Nascimento Arruda – Pro Reitora de Cultura e Extensão da USP. Todos vem dar sua presença e apoio a uma carta de intenções que visa, em sintese , manter e ampliar a Rede Internacional de Proteção à Violência Intra familar, que, na verdade, já existe e deverá estimular e promover

intercâmbios de projetos, iniciativas, que visam , de fato, o enfrentamento desse fenómeno que se constitui em verdadeiro problema de saúde pública com efeitos na sociedade e na coletividade de todo o mundo.´

Temos certeza que o evento e os textos aqui inseridos,poderão, de fato,a partir de um embasamento teórico consistente, contribuir para o desenvolvimento de pesquisas, de conhecimentos teóricos e práticos , que convirjam para um mesmo objetivo: a busca de promover, no que estiver a nosso alcance, a saúde mental a melhora da qualidade de vida, a prevenção e a intervenção junto a pessoas em situação de violência

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

Temos certeza de poder, com essa IX Jornada APOIAR eesse Caderno de Anais trazer, de fato uma efetiva contribuição.

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social

Presidente da IX JORNADA APOIAR

PRESIDENTE DA IX JORNADA APOIAR

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

COMISSÃO CIENTIFICA

Coordenadora: Dora Mariela Salcedo Barrientos -EACH USP

Antonio Augusto Pinto Junior- Universidade Federal Fluminense

Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP

Claudia Aranha GilUniversidade São Judas

Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP

Irani Tomiatto de Oliveira – Universidade Mackenzie

João Augusto Bertuol Figueiro – Instituto Zero a Seis

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Manoel Antonio dos Santos – FFCLRP – USP

Marilia Martins Vizzotto - UMESP

Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU

Rosa Inés Colombo – Universidade de Buenos Aires - Argentina

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP

Vera Melis- Instituto Zero a Seis

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Aline Tafner

Beatriz B. Brambilla

Christiani Rodrigues Tironi

Dora Mariela Salcedo Barrientos

Eliane Lemos

Gislaine Ricardo Passarini

Isabel Gonçalves Schvartzaid

João Augusto Bertuol Figueiro

Karina Parente

Lucia Valle

Marcelo Soares da Cruz

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Maria Aparecida Colacique

Maria Tereza de Oliveira

Paula Miura

Roberta Elias Manna

Rosemeire Aparecida da Silva

Silvia Collakis

Sonia Balao

Viviane Manfre

Yara Malki

COMISSÃO DE APOIO

Estudantes de graduação do IPUSP / OBS EACH-USP

PROGRAMA – 18 de novembro de 2011

8.00 h – Distribuição de material

8.30 h– **ABERTURA:**

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – IPUSP ;Coordenadora do APOIAR

Dora Mariela Salcedo Barrientos- OBS - EACH USP – Brasil

João Augusto Bertuol Figueiro – Instituto Zero A Seis

Yvette Piha Lehman – Presidente da Comissão de Cultura e Extensão do IPUSP

9.00 h – **INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA**

Rosa Inés Colombo -Universidade de Buenos Aires - Argentina

Carolina Navarro- Universidad do Chile

Coordenação e participação: Leila Cury Tardivo -IPUSP - Brasil

10h00 – Café

10h15 – **PESQUISAS NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INTRAFAMILIAR NO BRASIL (São Paulo/ Rio de Janeiro).**

Marilia Vizzotto – Universidade Metodista de São Paulo

Dora Mariela Salcedo Barrientos OBS - EACH USP – Brasil

Lucia Williams – Universidade Federal de São Carlos – LAPREV

Dalka Ferrari- CNRVV – InstitutoSedes Sapientiae

Dra Maria do CarmoCintra de Almeida Prado – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Paula Miura - Doutoranda PUC-SP

Coordenação:Antonio Augusto Pinto Junior – Universidade Federal Fluminense

11h45 - POSTERES (sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP)

12h00 – 13h15 – Intervalo para almoço

13h15 h - **VIDEO CONFERÊNCIA "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE".**

PROPOSTAS DE COIMBRA, PORTUGAL -Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção[3] (Grupo V!!!); Serviço de Violência Familiar (SVF) do Centro Hospitalar **Psiquiátrico de Coimbra (CHPC); Grupo Violência e Escola[4].**

NOTA DE ABERTURA: "ACERCA DA REDE QUE NOS UNE"

Leila Cury Tardivo (IPUSP - Brasil); João Redondo (Psiquiatra. Grupo VIII, Serviço de Violência Familiar do CHPC, Grupo Violência e Escola)e Rui Paixão – Professor da F.P.C.E. da Universidade deCoimbra

13h45 -VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE - PROPOSTAS DE COIMBRA, PORTUGAL:

13h45- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE: (1) DA TEORIA À PRÁTICA (2) A PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE(DE ADULTOS)

[3] A rede do "Grupo VIII", formalmente constituída em 2002, integra actualmente as seguintes instituições do Distrito de Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro; Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra; Centro Hospitalar de Coimbra (Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico; Serviço de Urgência do Hospital Geral);Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC); Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal; Departamento de Investigação e Acção Penal (DIAP) - Coimbra; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC); Fundação Bissaya Barreto; Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra - APAV; Guarda Nacional Republicana - Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica - Coimbra; Polícia de Segurança Pública - Coimbra.

[4]Em 2011 integram a rede do "Grupo Violência e Escola: Um projecto para o Concelho de Coimbra" as seguintes instituições: Agrupamento de Escolas de Ceira; Agrupamento das Escolas de Taveiro; Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra; Escola Secundária D. Diniz; Escola Secundária D. Duarte; Escola Secundária Jaime Cortesão; Escola Superior de Educação de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

João Redondo, Psiquiatra. Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.(membro co-fundador do Grupo VIII Membro co-fundador do Grupo Violência e Escola)

14h15– VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE: A PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (DE CRIANÇAS)

Beatriz Pena, Pedopsiquiatra. Directora do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Coimbra. Membro do Grupo VIII

14h30 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE: A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA

Paula Garcia **-** Procuradora da República, Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP). Membro co -fundadora do Grupo VIII – Coimbra.

14h45 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE: A PERSPECTIVA DAS FORÇAS DE SEGURANÇA

Chefe Manuel Jesus**,** Polícia de Segurança Pública (PSP) de Coimbra. Membro co-fundador do Grupo VIII

15h00- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE: A PERSPECTIVA DA ESCOLA

Isabel Morais**,** Psicóloga. Escola Secundária de D. Duarte de Coimbra. Membro co-fundadora do Grupo Violência e Escola

15h15 – Café

15h30 - PROGRAMA DE ATIVIDADES DAS REDES DE S. PAULO – BRASIL

A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NO DISTRITO RAPOSO TAVARES – BUTANTÃ SÃO PAULO

Maria Luiza d`Orey Espírito Santo– presidente da Liga Solidária de São Paulo

Mario Martini – Diretor Geral doEducandário dom Duarte da Liga Solidária

Marli de Oliveira – Coordenadora dos Projetos Sociais da Liga Solidária

Martha Pimenta- Rede Butantã

Izildinha Barosi de Souza –Hospital Mario Degni

Coordenação: Tania Aiello Vaisberg - PUC de Campinas, IPUSP

17h15 -A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

Maria Cristina Caetano -Centro de Cidadania de Itaquera

Márcia Valeria Pereira -Coordenadora de Abrigos para Mulheres

Isaias Pereira de Souza – Diretor Regional de Educação- São Miguel

Coordenação e participação: João Augusto Bertuol Figueiro – Instituto Zero A Seis

17h45 – **MESA DE ENCERRAMENTO- / ASSINATURA CARTA INTENÇÃO**

Jose Gregori - Secretário Especial de Direitos Humanos da Prefeitura de São Paulo; ex-ministro da Justiça

Celia Cristina Whitaker Secretaria Executiva – Secretaria Especial de Direitos Humanos, Programa de Proteção

à Criança

Jose Roberto Bellintani - Instituto São Paulo Contra a ViolênciaInstituto São Paulo Contra a Violência

Dr Jose Guilherme Queiroz de Ataíde – Cônsul Geral de Portugal em São Paulo

Carmem Oliveira da Silveira – Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República

Coordenação: Maria Arminda do Nascimento Arruda – Pro Reitora de Cultura e Extensão da USP

SUMÁRIO

ITEM	AUTOR (ES)	PÁG.
FOLHA DE ROSTO		**2**

FICHA CATALOGRÁFICA	Biblioteca do IPUSP	**3**
APRESENTAÇÃO	Leila S. P. C. Tardivo	**4**
PROGRAMA		**10**
SUMARIO		**14**
MESA- INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA		**24**
Investigación en Psicología. Investigación en Ciencias Sociales.¿Por qué investigar? ¿Por qué sitematizar nuestro trabajo diario?	Rosa Inés Colombo	**25**
Estudio de validez del uso diagnóstico de pruebas proyectivas en la evaluación psicológica de niños y niñas víctimas de violencia sexual en la población chilena	Carolina Navarro Medel	**37**
Investigações e intervenção no contexto da violência doméstica contra crianças e adolescentes: Propostas do APOIAR	Leila S. P. C. Tardivo	**41**
MESA- PESQUISAS NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INTRAFAMILIAR NO BRASIL		**59**
Pesquisa ilustrativa na área de violência doméstica do LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência	Lúcia C.A. Williams	**60**
Contornos da violência doméstica	Marília Vizzotto	**62**
O papel da escola no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente	Dalka Ferrari	**63**
Crianças vítimas, parcerias deficientes: outras formas de violência?	Maria do Carmo Almeida Prado	**65**
Pesquisando, compreendendo, intervindo junto as mulheres grávidas vitimas de violência em São Paulo	Dora Mariela Salcedo Barrientos	**67**

As redes de proteção Arujá/Brasil-Coimbra/Portugal	Paula Orchiucci Miura	**71**
MESA: **VIDEO CONFERÊNCIA: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE-PROPOSTAS DE COIMBRA**		**88**
Violência familiar / entre parceiros íntimos: da leitura e compreensão à intervenção em rede.	João Redondo	**89**
Enquadramento judicial - da legislação à intervenção - A perspectiva do Departamento de Investigação e Acção Penal (DIAP) Coimbra	Maria Paula Galvão Garcia	**117**
MESA: A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NO DISTRITO RAPOSO TAVARES – BUTANTÃ SÃO PAULO		**144**
Construindo caminhos em rede - da prevenção à intervenção com famílias vítimas de violência doméstica.	Marli de Oliveira Mario martini	**145**
Redes sociais no Butantã	Martha Delbuque Pimenta	**148**
O Atendimento à vítima de violência sexual no Hospital Mário Degni	Izildinha Barosi Souza	**152**
MESA: A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO		**157**
Histórico da rede de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher da Zona Leste	Maria Cristina Caetano	**158**
Serviços e instituições que compõem a Rede Leste e suas articulações	Márcia Valéria Pereira	**158**
Ações realizadas - Rede Social de Proteção pela DRE - MP	Isaias Pereira de Souza	**159**
SESSÃO DE PAINÉIS		**167**

A experiência emocional de negros brasileiros: considerações preliminares	Rafael Aiello Fernandes Tania M. J.Aiello Vaisberg	**168**
O adolescente no cinema brasileiro atual: estudo psicanalítico sobre o imaginário coletivo	Fabiana Follador e Ambrosio Elisa Salles Fernandes Tania M. J.Aiello Vaisberg	**176**
Caminhos possíveis:O imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo	Tomiris Forner Barcelos Walkiria Cordenonssi Cia Tania M. J.Aiello Vaisberg	**187**
“Tudo por causa dele” o imaginario de presidiarias sobre sua experiencia de vida	Maria Julia Chinalia Fabio Riemenschneider Tania M. J.Aiello Vaisberg	**199**
Memoriais de estudantes de psicologia: um estudo psicanalítico sobre a motivação para a escolha do curso de psicologia	Fabio Riemenschneider Fabiana Follador e Ambrosio Tania M. J.Aiello Vaisberg	**204**
Adolescência em condições de precariedade social: o problema da violência paterna	Edilson Guarnieri Junior Elisa Corbett Tania M. J.Aiello Vaisberg	**212**
UTIS natais e pediátricas: a inclusão materna	Walkiria Cordenonssi Cia Tomiris Forner Barcelos Tania M. J.Aiello Vaisberg	**219**
Clínica psicanalítica e contemporaneidade: desafios no atendimento de pacientes com organização borderline	Monica S. Moraes Barros Claudia Aranha Gil Leila S. P.Cury Tardivo	**228**
O jogo do rabisco como comunicação: a interação dos traços no contexto terapêutico	Aline M. Silva Tafner Maria Aparecida.Colacique Leila S. P.Cury Tardivo	**239**
O olhar de tristeza e o olhar de felicidade: a importância do manejo	Sonia Maria da Silva Balão Maria Aparecida Colacique Leila S. P.Cury Tardivo	**248**
Formação em saúde mental e sustentação:	Marcelo S. da Cruz	**256**

potencialidades de um enquadre intersubjetivo	Silvia L.de Menezes Luiz Tadeu G. Filho Caio M. de Souza Daniela A. Guimarães Andrea Chang Giovana Jafelice Milena Greve Miriam Grajew Amanda M. Vieira Ana Júlia Fernandes Ana Luiza Roncati Leila S. P.Cury Tardivo	
Avaliação psicológica de pacientes internados em instituição psiquiatrica por meio do Questionário Desiderativo	Luiz Urbano Moreira Frazão Claudia Aranha Gil Leila S. P.Cury Tardivo	**263**
Recursos expressivos na psicoterapia breve de adultos com sintomas depressivos	Isabel Schvartzaid Lídia R. Schwarz Leila S. P.Cury Tardivo	**277**
Contribuições da psicoterapia psicanalítica as vítimas de violência doméstica: a integração da família	Beatriz B. Brambilla Isabel Schvartzaid, Karina S. Parente Rosemeire da Silva Maria Aparecida Colacique Leila S. P.Cury Tardivo	**278**
O uso de imagens na clínica psicanalítica: o manejo da fobia na contemporaneidade	Laura Carmilo Granado Leila S. P.Cury Tardivo	**291**
Fantasias inconscientes na transferência: o manejo em psicoterapia breve	Yara Malki José Tolentino Rosa Leila S. P.Cury Tardivo	**299**
A morte e o morrer de um paciente com esclerose Lateral amiotrófica	Isana Marília Ribeiro Maria Suzana C. Ribeiro Antonio Geraldo de Abreu Filho Ana Luiza Steiner	**301**

	Helga Cristina de Almeida Silva Acary Souza Bulle Oliveira Leila S. P.Cury Tardivo	
Do silêncio ao vínculo com a vida pelo olhar: Relato do atendimento a uma paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica	Eliane Cristina R. dos Reis Edna Maria Ferreira, Ana Luiza Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Helga Cristina de Almeida Silva, Acary Souza Bulle Oliveira Leila S. P.Cury Tardivo	**308**
A transferência negativa de uma paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) na tutoria	Raquel Reis de Paiva Karina Alessandra Fattori Ana Luiza Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Helga Cristina De Almeida Silva Acary Souza Bulle Oliveira, Leila S. P.Cury Tardivo	**314**
Resistência de dois pacientes em atendimentos no projeto ABRELA/TUTOR	Monique Sayuri Xavier Shiroma Isabela O. Arruda Moretti Ana Luiza Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Helga Cristina de Almeida Silva Acary Souza Bulle Oliveira Leila S. P.Cury Tardivo	**319**
Visão de estudantes de graduação de psicologia e fisioterapia sobre a escuta a um paciente com ELA	Larissa Santilli Ester Mendes Ana Luiza Steiner Antonio Geraldo de Abreu Filho Helga Cristina de Almeida Silva Acary Souza Bulle Oliveira Leila S. P.Cury Tardivo	**328**
Tutoria a um paciente até o momento da morte e a reação de sua esposa-cuidadora	Luan Paiva Santos Renata Machado Ramos Ana Luiza Steiner Antonio Geraldo De Abreu Filho Helga Cristina De Almeida Silva Acary Souza Bulle Oliveira Leila S. P.Cury Tardivo	**334**
Atendimento clínico- considerações a partir da EDAO	Claudia Helena de Araujo Zogheib Kayoko Yamamoto	**342**

O brincar de uma criança abrigada por negligência no processo psicoterapêutico	Christiani M.R.Tironi Maria Aparecida Colacique Leila S. P.Cury Tardivo	**347**
Grupos de supervisão como holding em terapia com crianças e adultos na perspectiva winnicottiana	Márcia Aparecida Isaco de Souza Maria Aparecida Colacique José Tolentino Rosa Leila S. P.Cury Tardivo	**358**
Estudo de caso a partir de uma leitura psicanalítica	Evelin Saffiotti	**367**
Aspectos projetivos do grafismo infantil	Kiara Elaine Santos da Silva Ida Janete Rodrigues Thiago de Almeida	**376**
Estudantes de medicina em situação de sofrimento psíquico: relatos de uma experiência de avaliação psicológica.	Lucas Charafeddine Bulamah, Maria de Fátima A Colares Valéria Barbieri	**386**
Gênero e saúde mental: uma experiência de grupo operativo com mulheres em situação de violência doméstica	Anamélia Alvarenga Nascimento	**400**
Meninas de rua: um estudo sobre os fatores familiares que vulnerabilizam adolescentes quanto à exploração sexual	Tereza Elizete Gonçalves; Juliana Meirelles de Lima; Raquel Marques; Aline Hellen de Carvalho	**401**
Relações vulneráveis, saúde em risco	Maria Estela Escanhoela Amaral Santos	**402**
Imigração e violência na atenção básica as mulheres na zona leste de São Paulo	Dora M. Salcedo Barrientos Emiko Yoshikawa Egry. Vanessa M Dias Jessica S.do Nascimento. Susana Souza Santos. Marina Gemma. Rosangela Menezes Herbas	**415**
		422

Análise das estruturas infralógicas no diagnóstico clínico psicológico infantil dos transtornos afetivos	Rosa Maria Lopes Affonso Kátia da Silva Wanderley	
A auto imagem do idoso e as técnicas projetivas	Ellen Hideko Miyagusku Kathlen Nataly Mendes Lais Mortean Leonardo Bourroul Letícia dos Santos Barbosa Luiz Carlos Loccoman Rafael Ares Rosa Maria Lopes Affonso	**429**
Inocente periculosidade	Lorena Torquato Videira	**432**
Uma experiência de vazio: acompanhamento de caso clínico em clínica escola	Graziele Rodrigues Martins Quele Samara Nascimento dos Santos Marcelo S. da Cruz	**434**
A percepção de crianças institucionalizadas sobre o abrigamento por meio do desenho-estória com tema	Valéria Maria M. da Luz Gisele santos de Souza Liliane Leite de Assis Claudia Aranha Gi Lucilena Vagostello	**446**
Oficinas de psicossexualidade: um olhar à saúde sexual do adolescente	Renata B. Diniz Teixeira Sofia Gláucia G.Dedini Tereza Elizete Gonçalves	**448**
Aspectos psicológicos e fenômenos transferenciais na compulsão alimentar e na obesidade	Ana Carolina de S. Morelli Rosa Maria Lopes Affonso	**449**
Profissionais médicos da saúde pública: percepções acerca de gênero e mulheres em situação de violência doméstica.	Fernanda Garbelini De Ferrante Manoel Antonio dos Santos Elisabeth Meloni Vieira	**450**
Plantão psicológico na delegacia da mulher: um lugar de empoderamento	Roberto Evangelista Janaina, Michele, Renata Daniel	**462**

	Juliana	
Plantão psicológico às mulheres vitimas de violência doméstica na delegacia de defesa: do *holding* á intervenção terapêutica retificadora	Roberto Evangelista	**466**
O discurso de adolescentes que vivenciam arranjos familiares contemporâneos	Elizângela de Morais Santos Macário Rosita Barral dosSantos Thiago de Almeida	**470**
O trabalho do psicólogo em varas de família segundo a avaliação de advogados	Andréa Carvalho Silva Elaine Cosmo de Moura Karina Rodrigues Blanez Claudia Aranha Gil Lucilena Vagostello	**471**
Bullyng: descrição e politicas preventivas	Marco Aurelio Romar	**473**
Amor, sexualidade e envelhecimento: como essas vivências podem se relacionar adequadamente?	Ester Santiago Duarte Carqueijeiro Antunes Andrea Soutto Mayor Thiago de Almeida	**474**
Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre o desenvolvimento juvenil	Taisa Cristina Del Vecchio Thiago de Almeida	**475**
O contexto afetivo-familiar de relações incestuosas entre irmãos.	Cristina Fukumori Watara; Vera da Rocha Resende	**476**
O que mobiliza a arte criativa? Um percurso sobre a origem e a importância da criatividade na formação da subjetividade	Denir Camargo Freitas Paula Cruz	**499**
Acolhimento e tratamento do adolescente usuário ou vulnerável às drogas e a harmonização do núcleo familiar	Jurandir Santos	**501**
Dor orofacial e Psicossomática: considerações a partir de pesquisa em	Sérgio Spezzia Sonia Pineda Vicente	**513**

bases de dados	Leila S . P. Cury Tardivo	
Em busca do imaginário sobre a maternidade em produções da cultura brasileira	Vivian Pekny Tania Mara Marques Granato	**525**
Consultas terapêuticas em odontopediatria	Sonia Pineda Vicente Leila S.P.Cury Tardivo	**526**
Pesquisando produções imaginativas sobre a maternidade em mitos gregos e contos de fadas	Carlos Del Negro Visintin Tania Mara Marques Granato	**541**
Estratégia da saúde da família e saúde mental: encontros e desencontros	Livia S.de Moraes Rego Alberto Olavo Advíncula Reis	**542**
Oficina de construção: uma alternativa para o atendimento de adolescentes	Claudia Cipriano Lima Franciele Maria de Lima	**543**
A atuação de profissionais da saúde no atendimento a gestantes vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo	Dora M. Salcedo Barrientos Vanessa Macedo Dias Paula Orchiucci Miura Cleide Almeida de Alencar Soranso	**546**
Holding: uma porta que se abre para a vida	Gislaine Martins Ricardo Passarini Maria Aparecida Mazzante Colacique, Leila S.P Cury Tardivo.	**557**
A família, a parentalidade e a subjetivação na contemporaneidade	Leliane Maria Aparecida Gliosce Moreira Ivonise Fernandes da Motta	
O manejo de fantasias inconscientes na transferência. Um caso atendido em psicoterapia psicanalítica	Maria Tereza de Oliveira José Tolentino Rosa. Leila Cury	**581**
Um caso de doença auto-imune	Maria Estela E Amaral Santos Ivonise Fernandes da Motta	**582**
Contornos da violência doméstica:	Marília M. Vizzotto Maria Geralda V. Heleno Tânia E. Bonfim	**590**

Gleise S. Arias;
Katiane H. Fukamashi; Juliana Rodrigues
Vanessa P Marcos
Cecília Melo

PROTOCOLO **603**

LISTA DE AUTORES **609**

MESA
INVESTIGAÇÕES NA TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES. ¿POR QUÉ INVESTIGAR? ¿POR QUÉ SITEMATIZAR NUESTRO TRABAJO DIARIO?

Rosa Inès Colombo

La psicología ha ido realizando a lo largo de su historia un peregrinaje propio entre las diferentes disciplinas y ciencias. Tanto de la mano de lo experimental como de lo filosófico se ha ido abriendo camino y sorteando obstáculos, sin embargo en los últimos tiempos muchos han sido los esfuerzos para que esta ciencia se pudiera adjudicar un lugar de respeto y necesidad al lado de otras más reconocidas en el mundo académico.

Hoy los psicólogos ocupan un lugar de importancia en los diferentes ámbitos y contextos. No se piensa un ámbito hospitalario, judicial, laboral, educativo o de asistencia social sin el auxilio de esta ciencia. Es más, hoy se utilizan sus teorías en ámbitos como el deporte, la política y hasta la economía.

Este no ha sido el mérito solamente de los grandes desarrollos teóricos sino también del camino recorrido por la investigación, la construcción científica. Como decía en un principio en nuestro medio muchos asocian la psicología con el psicoanálisis, con S. Freud y con sus seguidores, pero también ha mostrado un enfoque diferente impulsado por la psicología experimental y la psicometría.

Pero cómo llegar a estos avances sin el aporte indispensable del trabajo diario en las diferentes instituciones en donde los psicólogos realizan su tarea diaria. Es a partir de su trabajo, de su escucha, de sus evaluaciones, valoraciones y de sus señalamientos que vamos construyendo un saber sobre cada problemática a tratar.

Así se va creando la ciencia con el aporte de teóricos y del trabajo de campo. Sin embargo mientras los teóricos sostenidos o no por universidades y centros de estudios plantean sus hipótesis y tratan de comprobarlas mediante largas y costosas investigaciones, el psicólogo en el campo, trabajando con la enfermedad física o mental, con la delincuencia, con la

marginalidad, va sumando día a día, la frecuencia, la recurrencia y la correlación que la teoría trata de comprobar.

¿Cuando se unen? ¿Cuándo se integran? ¿Cuándo sale el teórico a ver la realidad y a trabajar con ella? ¿Cuándo el "obrero" psicólogo se dedica a teorizar sobre su práctica?

El dedicarse a temas tan comprometidos socialmente como la delincuencia, la marginalidad, el desamparo, el maltrato infantil, nos absorbe todas nuestras fuerzas. No nos deja resto para conectarnos con el material recogido, sólo no convoca al hacer, a resolver, a actuar. Sin embargo lo trabajado en cada puesto de salud, de contención, de evaluación se vuelve más prolífero y rico que cientos de centros de investigación teórica.

La pregunta sería entonces porque no lo hacemos. A veces porque no nos damos el lugar, otras veces porque no creemos que esto sea necesario y otras porque no contamos con otras manos que nos ayuden en esto.

Si quisiéramos dedicarnos a sistematizar nuestra práctica de dónde partiríamos. De nuestra propia muestra, de identificar, clasificar, procesar e interpretar los datos que observamos y recopilamos a diario.

Nuestra primera pregunta sería con quiénes trabajamos, dónde lo hacemos, cuáles son las características de esa población, cómo podemos describir a ese grupo.

En el caso de la violencia doméstica, que es el tema que nos convoca, vemos la necesidad cada vez más de poder anticipar situaciones de riesgo familiar y hacia los niños. Esto nos coloca en una posición que requiere del trabajo de investigación dirigido a hallar indicadores y topologías que nos lleven a construir bases de prevención en violencia.

PROBLEMA: VIOLENCIA DOMÉSTICA. MALTRATO INFANTIL

OBJETIVO: HALLAR INDICADORES QUE NOS PERMITAN ESTABLECER ESTRUCTURAS DE PREVENCIÓN

Para esto debemos volver la mirada hacia el campo de trabajo y observar nuestra población. La primera pregunta se formularía en función de QUIÉNES son los sujetos que componen nuestro universo de acción. DÓNDE se ubican, cuáles son sus CARACTERÍSTICAS y cómo podríamos DESCRIBIR CADA GRUPO.

Aquí estaremos frente a la descripción de la muestra de trabajo como tal. Indispensable paso para comenzar un trabajo de investigación o un estudio de campo.

Ahora bien, una vez discriminada la muestra nuestra tarea sería pensar cuáles son los CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN que nos llevan a evaluar a estas personas que concurren a nuestro centro. Este paso estará íntimamente ligado a nuestro objetivo de trabajo. Aparecerán allí interrogantes tales como: ¿Es necesario evaluar a los padres del niño para conocer su grado de conflicto familiar? ¿Debemos trabajar sólo con el niño? ¿El contexto debe ser incluido?

Una vez delimitado el objeto de estudio, por ejemplo, ***el vínculo entre padres e hijos, el daño sufrido por un niño maltratado, la estructura familiar del maltrato infantil***, entre otros, podremos comenzar a pensar en el o los instrumentos a utilizar.

Los instrumentos en psicología pasan a ser todo un capítulo aparte de la discusión, en nuestros medios, latino americanos, contamos con una acotada producción de instrumentos locales, por lo general nos manejamos con la adaptación de instrumentos europeos o estadounidenses en el campo de la evaluación psicológica. Los propios colegas se muestran reacios a confiar en las producciones de sus compatriotas y buscan en el afuera, lo que seguramente tiene una validez mayor tratándose de un instrumento construido en el medio local.

Es así como nos encontramos ante un gran desafío en el momento de decidir qué medir y cómo medir. La experiencia compartida entre Argentina y Brasil en el ámbito del maltrato infantil y de la violencia doméstica (Colombo-Tardivo, 2009-2011)[5] nos da cuenta de la importancia de la construcción y adaptación de instrumentos y de la seriedad científica al establecer su validez y confiabilidad.

En el área específica de la Psicología los profesionales cuentan con instrumentos de evaluación que se construyeron siguiendo las pautas necesarias que los lleven a su validez y confiabilidad. Dichos instrumentos son utilizados en función del área o constructo psicológico

[5] IFR. Colombo, Barilari, Agosta. 2004-2008
IFVD. Tardivo- Pinto Junior. 2010

que se desea evaluar por lo tanto podríamos clasificarlos según evalúen inteligencia, personalidad, ansiedad, memoria, redes sociales, interacción familiar, entre otras

En el caso particular de los niños víctimas de maltrato la evaluaciónse centra en la preocupación, como planteáramos anteriormente, del daño sufrido o del riesgo para su persona. Por lo tanto las técnicas elegidas deben responder a estos constructos a medir.

Nos detenemos un momento para puntualizar algunos aspectos de los instrumentos más utilizados en la evaluación de niños dedicando un especial interés en aquellas específicas en la detección del maltrato infantil.

Hora de juego diagnóstica: Esta técnica es considerada una herramienta fundamental en la evaluación de niños. Se sabe cómo el juego en el niño es vehiculizador de emociones y espacio de crecimiento y desarrollo.

Para poder utilizarla es necesario contar con una caja de juegos que incluya: animales domésticos y salvajes, personas, héroes o personajes de ficción, personajes de lucha (como indios o soldados), muñecos que puedan simbolizar una familia, ladrillos, encastres, rompecabezas, autos de diferentes tamaños, hojas, lápices, marcadores, cosas de la casa, elementos de cocina, el juego del doctor y de policías, materiales de arte (plasticolas de colores, témperas, papeles de colores, brillantinas, arcilla o plastilina para modelar, etc.), títeres, personajes de cuentos “malos y buenos”.

La consigna con la cual se presentan los materiales es “Acá tenés una caja de juguetes podes usar los que quieras o armar el juego que vos prefieras”. Esta es una consigna atrayente para el niño y permite al evaluador observar el tipo de juego.

El objetivo de esta técnica es “(…) recabar información sobre el supuesto trauma vivido y reflejarlo lo más fielmente posible.

Sólo se le permitirá al evaluador aquellas preguntas que se necesiten para clarificar cuestiones que tengan que ver con la necesidad de comprender el significado que el niño ha querido atribuir a determinada acción.

No se permiten ni interpretaciones ni señalamientos, como sucede en el curso del tratamiento psicológico.

Las preguntas deben ser abiertas, no inductivas, y se debe preguntar por cada acción del niño sin hacer inferencias, nada es obvio o se da por supuesto, el niño es el que tiene la teoría sobre aquello que dice o que dibuja y no el evaluador. Nada en especial tiene su correlato en la interpretación, debemos preguntar qué significa eso que dibujó para el niño, o aquello que dijo"[6].

Inventario de frases:es un inventario construido a partir de las frases espontáneas de los niños en la clínica y tiene por objeto detectar indicadores asociados al maltrato infantil. El mismo está redactado para ser leído a los niños por el evaluador, debiendo contestar por sí o no.

"(…) la técnica permite discriminar entre la muestra de niños maltratados y la muestra general (…)"[7]. Los niños "(…) ven reflejada su problemática en las frases: su manera particular de sentir y actuar, las distorsiones del pensamiento que les produjo el maltrato, su percepción del mundo adulto que los rodea, la falta de confianza en los otros. (…)

El inventario de frases pudo poner en palabras: sensaciones, angustias, tristezas, dudas que los niños prestaban en la consulta pero que son difíciles de introducir en el dialogo (…)"[8]

"Las frases son sensibles y están asociadas a los trastornos descriptos (…)"[9] como trastornos emocionales, físicos, conductuales cognitivos, y sociales.

Persona bajo la lluvia: "Esta prueba es una técnica grafica, mediante la cual se le solicita al niño que dibuje una persona bajo la lluvia. Se le proporciona una hoja en posición vertical, un lápiz negro y una goma de borrar. "Persona bajo la lluvia" podría ser una prueba válida a la hora de detectar indicadores que permitan sospechar que un niño es o fue sometido a algún tipo de maltrato"[10].

Los indicadores significativos son: dimensión pequeña, borrado, lluvia sectorizada, ausencia de piso, ojos vacíos, ausencia de detalles y figura infantil o incompleta.

[6] Colombo, R. Beigbeder de Agosta, C. Abuso y maltrato infantil. Hora de juego diagnostica p. 36
[7] Beigbeder de Agosta, C. Colombo, R. Barilari, Z. Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado (IFR)p. 35
[8] Beigbeder de Agosta, C. Colombo, R. Barilari, Z. *op. Cit.* P. 36
[9] *Ibid*. p. 35
[10] Beigbeder de Agosta, C. Colombo, R. Barilari, Z. Abuso y maltrato infantil. Indicadores en "Persona bajo la lluvia" p. 31

Si bien esta técnica es utilizada en ámbitos como el laboral o el escolar siempre teniendo en cuenta que evalúa cómo la persona se posiciona ante una situación de estrés, en el caso puntual del maltrato infantil, las investigaciones realizadas (1999. 2004. 2006) dieron cuenta de ser una prueba útil para detectar indicadores asociados a este síndrome.

Entrevista: es la técnica más utilizada en la evaluación psicológica. En algunos casos hay profesionales que la utilizan como único instrumento.
Cuando se realiza una evaluación de niños, si bien muchas veces se comienza por la hora de juego diagnóstica, la entrevista no debe faltar, independientemente de la edad del evaluado.
La misma, ya sea estructurada o libre, nos aporta información sobre varias áreas, social, emocional, cognitiva, evolutiva. Además es la que permite entablar un rapport con el evaluado indispensable en toda evaluación psicológica. En el caso particular del maltrato infantil "Es la herramienta fundamental con la que cuenta el psicólogo. Lejos de ser una indagatoria, la entrevista psicológica pretende acercarse del modo más contenedor posible al problema que sufre una persona, en este caso, un niño, facilitándole (…) que pueda comunicarnos la naturaleza de su sufrimiento y el relato de los hechos que lo motivaron"[11].

Una vez elegidos los instrumentos y realizado la descripción correspondiente de los mismos, su objetivo, características y propiedades debemos ser muy claros con los pasos de su administración.
El lugar dónde serán evaluados, quién será el evaluador, con qué elementos se contará, inventarios, cuestionarios, papel y lápiz, juegos, matrices, etcétera. Una vez realizada la toma se encara la segunda parte del proceso de investigación que tiene que ver con la sistematización y el procesamiento de los datos en donde la psicología es auxiliada por la estadística.

[11] Beigbeder de Agosta, C. Colombo, R. Barilari, Z. Abuso y maltrato infantil. Pericia forense. Entrevista inicial institucional p. 37

Muchos son los métodos que pueden utilizarse en esta etapa. Muchos colegas utilizan paquetes estadísticos construidos para el trabajo en Ciencias sociales que de alguna manera simplifican nuestro trabajo. Sin embargo el poder pensar acerca de nuestro objetivo, qué estamos buscando a través de esta evaluación nos lleva a indagar cuáles serían los mejores métodos para acercarnos a conclusiones más confiables.

Es así cómo el trabajo con grupos contrastados en la problemática de la violencia nos permite observar más claramente cuáles son los indicadores propios de este síndrome y cuáles sólo acompañan pero no definen a esta población. De esta manera una vez terminada nuestra investigación podemos tener más claro sobre qué puntos se debe trabajar. Allí se plantearán nuevamente las preguntas pero esta vez tratando de establecer ciertas respuestas que surgen de dicho estudio.

Veamos un ejemplo. Cuando se trabajó entre el año 2004 y el 2008 con niños y familias en situación de riesgo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, se establecieron estos pasos en función de conocer la relación existente entre la Función materna y el Maltrato infantil. Para ello hubo que estudiar tanto a los padres como a los niños.

Cómo pensaríamos este planteo teórico en la práctica.

1- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

QUIENES, DÓNDE, CARACTERÍSTICAS, DESCRIPCIÓN DEL GRUPO.

2-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXLCUSIÓN

3- INSTRUMENTOS.

CUÁLES, DÓNDE, POR QUÉ.

4- ADMINISTRACIÓN

DESCRIBIR TODAS LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ADMINISTRACIÓN.

5- SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

PROCESO ESTADÍSTICO.

6-*CONLCUSIONES*

1- *MUESTRA*

N= 400 NIÑOS JUDICIALIZADOS POR MALTRATO. CONURBANO BONAERENSE. CLASE SOCIAL BAJA

Descripción del grupo

Grupo Maltrato Físico

Se han incorporado a este grupo los niños que fueron citados al Tribunal de Menores por una denuncia de golpes, lesiones, quemaduras, traumatismos, etc.

A estas denuncias las acompañaron en algunos casos informes médicos de hospitales de la zona o de salas de asistencia médica, además de testigos presenciales. Los niños fueron evaluados por el Equipo técnico del Tribunal y se confirmó esta denuncia.

1.1- Grupo Abandono

Se han incorporado a este grupo los niños de los cuales se recibió una denuncia por parte de adultos por el abandono de los mismos en la propia casa o en casa de vecinos. Este abandono ha sido confirmado por el Equipo técnico del Tribunal y los niños se instalaron con otras familias o en Hogares de tránsito perdiendo el contacto con sus progenitores.

Grupo Abuso sexual infantil

Se han incorporado en este grupo los niños que han denunciado un abuso sexual por parte de un adulto perteneciente o no a su familia. Esta denuncia ha sido confirmada por el Equipo técnico del Tribunal o ha sido acompañada por examen médico forense.

2- *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

Los criterios de inclusión a la muestra de estudio tenidos en cuenta han sido:

- Consentimiento del niño y de los padres para su evaluación.
- Posibilidad de evaluar al niño en las dos técnicas gráficas : H T P y Persona bajo la lluvia.
- Posibilidad de contar con la**Entrevista de evaluación de los padres**.
- Poseer un claro diagnóstico por criterio experto del maltrato sufrido

Los criterios de exclusión sostenidos son:

- Incapacidad mental o física grave de los niños a evaluar.
- No contar con alguno de los instrumentos de evaluación
- No contar con la entrevista de evaluación a padres.

3- INSTRUMENTOS

De la totalidad de los instrumentos utilizados en la pericia psicológica de estos niños se tomaron para su sistematización y análisis los protocolos de las pruebas gráficas H T P Y Persona bajo la lluvia. Estas técnicas nos aportan variada información, son de fácil administración y no suelen provocar conflicto o malestar en los niños cuando las realizan.

4- ADMINISTRACIÓN

Los niños fueron todos evaluados por el mismo evaluador perteneciente al Equipo técnico del Tribunal, garantizando de esta manera la validez y confiabilidad de la evaluación eliminando las variaciones intersubjetivas.

Luego de la entrevista al niño en la cual se recababan datos personales, de filiación, con respecto a la escolaridad, situaciones diarias y relaciones familiares, se le pedía la realización de técnicas gráficas.

Se le daba una hoja A4 blanca y un lápiz y se le pedía que dibujara una casa, luego en otra hoja un árbol, en otra una persona y en la cuarta hoja una persona bajo la lluvia.

Ante cualquier pregunta sobre contenido o realización se le contestaba, “como quieras”.

5- SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

Siendo la Definición operativa: La puntuación obtenida en un instrumento.

Maltrato infantil: en el caso del Maltrato infantil y en función de las técnicas gráficas HTP y Persona bajo la lluvia, tomamos como criterio de corte para el análisis de los indicadores hallados aquellos con una frecuencia mayor al 60%” lo que definiría como maltrato infantil el contar con un puntaje en cada indicador mayor al 60%.

1. Los casos fueron ingresados en una matriz de datos
2. El total de los casos fue clasificado en 3 grupos: AB N= 41 (abandono), ASI N= 111 (abuso sexual infantil) y MF N= 97(maltrato físico)
3. Se realizó el cálculo estadístico correspondiente para obtener la frecuencia de cada indicador para dicha muestra.
4. Se realizaron los gráficos de barras de cada subgrupo AB, MF y ASI
5. De cada grupo (subgrupo) se armaron nuevas tablas agrupando cada técnica gráfica por separado (PBLL, casa, árbol y persona).
6. Se realizaron gráficos de barras comparando los distintos tipos de maltrato para cada indicador.

1- Se realizó una Tabla comparativa entre indicadores, variables y frecuencia.

2- Se analizó en forma individual con cada indicador en los distintos tipos de maltrato y en los dos sexos (masculino y femenino). Por ejemplo “Dimensión pequeña” en la prueba gráfica “Persona” dentro del H T P, para el Maltrato físico, el Abandono y el Abuso sexual y se compararon dichas medias estableciendo el grado de significación de las diferencias halladas mediante la “prueba estadística de Tukey”.

6-*CONCLUSIONES*

Esta presentación tuvo por objeto mostrar la importancia de la sistematización de los datos que llegan a la consulta diaria del psicólogo. Partir del caudal de información que constituye la casuística para obtener de la misma, datos valiosos que nos permitan realizar una interpretación más delimitada de la problemática a tratar.

Por otra parte es importante disponer de una metodología que nos habilite un trabajo confiable que lleve a resultados utilizables. Para ello debemos conocer la muestra estudiada y contar con instrumentos válidos y confiables.

La problemática de laVIOLENCIA DOMÉSTICA Y EL MALTRATO INFANTIL nos convoca día a día, no podemos dejar de escuchar ese reclamo pero debemos acercarnos de la manera

más científica que nos sea posible. De esta manera podremosaportar tanto a la justicia como a la asistencia social útiles que ayuden en la tarea del resto de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Agosta-Colombo-Barilari. *Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado*. Buenos Aires, 2º edición, Cauquén editora, 2005

Agosta-Colombo-Barilari. *Abuso y maltrato infantil. Pericia forense en niños maltratados. Entrevista inicial institucional.* Buenos Aires, Cauquén editora. 2004

Barudy, J. – Dantagnan, M. *Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona, Gedisa, 1° edición,2005

Colombo, R. Barilari, Z. Agosta. C *Abuso y maltrato infantil. Indicadores en persona bajo la lluvia.* Buenos Aires,Cauquén editora,3º edición, 2006

Convención sobre los derechos del niño ley N 23.849 UNICEF 1989

Costa y Gagliano *Tutelados y Asistidos.*Buenos Aires, Paidós,2000

Echeburúa, Enrique Y Paz De Corral. *Manual de Violencia Familiar*. Madrid.Siglo XXI De EspañaEditores.1998

Hammer, E. *Test proyectivos gráficos* Barcelona, Paidós, 2° Reimpresión 1997

Malacrea, M. *Trauma y reparación*. Buenos Aires, Paidós, 2000

Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005

Ojeda, N. *Actualizaciones en Resiliencia*. Buenos Aires, Universidad Nacional De Lanas, 2000

Perrone, R *Violencia y abusos sexuales en la familia.* México, Paidós,1997

Sanz. Molina. *Violencia y abuso en familia*. Buenos Aires, Editorial Lumen, 1° edición, 1999.

Savanti, Alicia Zanotti de. “Características de las familias de poblaciones marginales”. Directora del programa de Educación de la Salud del Centro Misional Domingo Savio 1992

Shirar, L. *Dissociative children*. USA, Norton, 1996

Silva, G. *Resiliencia y violencia política en niños.* Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 1999.

Volnovich, J. (Compilador) *Abuso sexual en la infanc*ia. Buenos Aires, Lumen, 2002

Winnicott, D.*El hogar, nuestro punto de partida.*Buenos Aires, Paidós, 1° Reimpresión 1996

Winnicott. D *Deprivación y Delincuencia.*Buenos Aires, Paidós, 3° reimpresión 2003

Winnicott.D *Realidad y Juego*.Barcelona, Gedisa Editorial,1999.

ESTUDIO DE VALIDEZ DEL USO DIAGNÓSTICO DE PRUEBAS PROYECTIVAS EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA POBLACIÓN CHILENA

Carolina Navarro Medel

RESUMEN

El presente corresponde a un estudio de dos años de duración, actualmente en desarrollo con auscio de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile. Se trata de un estudio ex post facto, descriptivo-comparativo y correlacional, cuyo objetivo es generar evidencia empírica sobre la validez del uso de cuatro pruebas psicológicas proyectivas (tres gráficas y dos narrativas) en el diagnóstico de víctimas de agresión sexual en tres rangos etáreos: pre-escolares, escolares y adolescentes. Contempla la conformación de una muestra de 360 casos constituida por tres subgrupos equivalentes en los tres rangos etáreos: uno de niños abusados sexualmente, otro de niños sin sospecha de abuso, y un tercer grupo de niños sin abuso y con sintomatología diversa. La muestra será evaluada a través de la aplicación de una batería psicodiagnóstica compuesta por el Test Árbol, Casa, Persona, HTP; Dibujo de la Persona Bajo la Lluvia (PBLL); Dibujo de la Figura Humana; el Test de Apercepción Temática, CAT-A; y el Test de Relaciones Objetales de Phillipson, TRO. Se estudiará la presencia de indicadores gráficos y narrativos que permitan diferenciar los tres grupos, asimismo se evaluará el efecto de la edad en la presentación de dichos indicadores. También se estudiará el valor diagnóstico diferencial de los dos tipos de indicadores (gráficos y narrativos) para cada etapa evolutiva, así como el efecto de interacción entre ambos en el diagnóstico de agresión sexual.

Se destaca la utilización de un único diseño metodológico para el estudio del uso de las pruebas en distintas edades, la inclusión de rangos etáreos escasamente considerados por anteriores investigaciones (pre-escolares y adolescentes), así como la incorporación del estudio de distintos instrumentos (batería psicodiagnóstica) y su efecto de interacción.

A la fecha el proyecto se encuentra en la etapa de trabajo de campo (recolección de la muestra), habiéndose obtenido interesantes resultados de la etapa de aplicación piloto. Los resultados de tres trabajos preliminares corresponden al estudio de dos pruebas gráficas desde la perspectiva de los indicadores gráficos, y una prueba narrativa.

Uno de estos estudios corresponde a la aplicación de la prueba Dibujo de la Persona Bajo la Lluvia (PBLL) a una muestra de pre-adolescentes entre 11 y 13 años, 29 de ellos víctimas de abuso sexual y 30 sin sospecha de abuso (Rojas, Blanco, 2009). Entre sus principales resultados señalan que, en general, no habrían diferencias significativas en los dibujos de ambos grupos. Se encontraron 4 indicadores gráficos característicos del grupo de niños abusados, 3 de los cuales dan cuenta de **alteración en el desarrollo psicosexual** (Presencia de marca en la zona genital, Exacerbación de las características del género y Presencia de pelo); la categoría restante (Presencia de Cuello Estrecho) se puede relacionar con las alteraciones en el funcionamiento cognitivo.

El segundo estudio (Sepúlveda, 2010) utiliza las prueba HTP y PBLL, para evaluar un total de 70 pre-escolares de entre 4 y 5 años: 22 víctimas de abuso sexual; 24 niños sin perturbación emocional y sin abuso; y 24 niños con perturbaciones emocionales no asociadas a abuso sexual. Los resultados muestran que los tres grupos presentan características similares en sus dibujos, mientras que los indicadores de abuso sexual que se describen en la literatura, aparecen con escasa frecuencia en los todos los grupos. No obstante, se observan algunas diferencias significativas entre el grupo de niños víctimas de abuso sexual y los otros dos grupos, siendo más significativas las diferencias entre el grupo en estudio y el grupo de niños sin perturbación emocional, que respecto de los niños con otras perturbaciones emocionales.

Al respecto, el test HTP permitió mayores distinciones entre los niños con abuso y los niños con otras perturbaciones emocionales que el PBLL, y dentro de esto el dibujo de la figura humana fue el que entregó más información.

En el tercer estudio piloto (Núñez, 2010), se analizaron a través de la prueba CAT-A 84 niños y niñas preescolares entre 4 y 5 años divididos en tres grupos de 28 niños cada uno: el primero víctimas de abuso sexual, el segundo sin sospecha de abuso y el tercero una muestra clínica consultante por cuadros ansiosos, conductuales y depresivos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, observándose la presencia significativa de ansiedad (shock) frente a las láminas en el grupo en estudio en relación a los otros dos grupos, y específicamente en relación al grupo control no consultante (shock a la lámina, (identificación con el sexo opuesto, desenlace desdichado y sentimientos negativos). Asimismo, las láminas con mayor presencia de alteraciones específicas para el grupo estudio fueron las alusivas a contenidos familiares (L1, L2 y L8), a relaciones sexuales (L5 y L6) y a agresión (L7).

Estos resultados en su conjunto entregan evidencia empírica preliminar respecto de la utilidad diagnóstica de estas tres pruebas en la evaluación de niños y niñas víctimas de abuso sexual. Por un lado, permiten identificar que tanto la prueba Dibujo de la Persona Bajo la Lluvia, el Dibujo de la Figura Humana, como el CAT-A, además de posibilitar la valoración de aspectos generales del desarrollo y funcionamiento psicológico, muestran sensibilidad para dar cuenta de algunos aspectos del daño psíquico que sufren las víctimas de abuso sexual. Resulta especialmente valioso que estas pruebas muestren sensibilidad ante la única consecuencia que se ha descrito como de mayor especificidad en relación a las consecuencias de las agresiones sexuales, es decir, la alteración en el desarrollo psicosexual. Por otro lado, el uso combinado de la prueba PBLL con el test HTP evidenció el alto valor diagnóstico del uso comparativo del Dibujo de la Figura Humana respecto de la PBLL. Estos hallazgos representan evidencia empírica inicial que valida la utilización de estas pruebas psicológicas en conjunto.

Por último, estos resultados preliminares nos llaman a repensar la noción de daño asociado al abuso sexual; si bien las diferencias halladas se vinculan al daño psíquico provocado por la experiencia de violencia sexual en niños, no constituyen indicadores exclusivos de la misma. En estos estudios, el daño aparece como un impacto en diversas áreas de la personalidad de los niños y niñas, el que parece caracterizarse de manera más bien inespecífica. Esto nos lleva a constatar que el daño no se presenta siempre de modo específico, es decir únicamente vinculable a una agresión sexual, sino que es mayoritariamente inespecífico e idiosincrático. Esos hallazgos iniciales señalan la necesidad de mayor cautela a la hora de hablar de indicadores específicos de daño; pareciera más bien que estos deben ser entendidos como parte de un conjunto de coherencia individual organizado a partir de una experiencia determinada, y no como signos por sí solos de una experiencia de abuso sexual.

INVESTIGAÇÕES E INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PROPOSTAS DO APOIAR

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Às crianças e adolescentes vítimas de violência
que sofrem muitas vezes caladas.
Que possamos dar voz a elas
Que possamos lutar para que elas sejam todas amadas e respeitadas
Como seres em situação de crescimento
A todas as crianças e adolescentes que representam nosso futuro
E em especial as que colaboraram nessa pesquisa,
Dedicamos esse trabalho[12]

Faremos um resumo de investigações concluídas e em desenvolvimento de nosso grupo e nos deteremos no Projeto de Atendimento às crianças e adolescentes no APOIAR

A – INVESTIGAÇÕES - A VDCA e a Avaliação Psicológica

A vivência da vitimização doméstica na infância gera conseqüências sérias e adversas ao desenvolvimento saudável da criança, e por isso, torna-se necessária uma intervenção profissional precoce e eficaz para prevenir danos e sequelas, que podem se tornar crônicos e às vezes irremediáveis, caso não sejam tratados adequadamente.

Contudo, nem sempre a identificação precoce dos casos de VDCA é uma tarefa fácil e simples, pois como já afirmado anteriormente, geralmente esses casos permanecem ocultos por um poderoso pacto de silêncio (que envolve a família, a comunidade e até mesmo os profissionais) que impede a denúncia e o desvelamento dessas situações abusivas.

[12] Dedicatório do Manual : Tardivo, L.SP.C e Pinto Junior, AA - INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – IFVD. São Paulo, Vetor, 2010

Em se tratando da revelação da VDCA torna-se necessária a atuação de uma equipe multiprofissional que trabalhe em rede e que esteja comprometida com a defesa dos direitos da infância. Nesta equipe se destaca a figura do psicólogo, que deve utilizar os instrumentos de sua profissão para favorecer a revelação da situação abusiva, bem como oferecer uma escuta apurada para compreender a psicodinâmica dos envolvidos e também para acolher o sofrimento emocional das vítimas e da família como um todo.

Especificamente na tarefa de identificar e revelar os casos de VDCA a técnica do psicodiagnóstico com todos os seus recursos se mostra essencial para o futuro encaminhamento dos casos

INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – IFVD[13].

Tomamos contato com o Instrumento em 2001, Professor Antonio Augusto Pinto Juniore eu, quando nos encontramos as autoras [14] do IFVD, e, desde então vimos conhecendo, e admirando cada vez mais o trabalho que essas colegas e companheiras vem desenvolvendo, com relevantes contribuições na área da avaliação psicológica de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Em especial vimos estreitando os contatos e desenvolvendo, inclusive trabalhos em conjunto[15] com a Doutora Rosa Rosa Inés Colombo, que nos honra com seu prefácio. Às autoras e de forma particular àRosa Colombo, nosso mais profundo reconhecimento e gratidão.

[13]Pesquisa desenvolvida em co-autoria com AntoioAugusto Pinto Junior
[14] Agosta, C.B.; Barilari, Z.; Colombo, R.I. (2001). *Abuso y maltrato infantil*: inventario de frases. Buenos Aires: Sainte Claire.
[15]Tardivo, L. S. L. P. C. ; Pinto Junior, Antonio Augusto ; Colombo, R. I. . Niños sometidos a violencia en el hogar en Brasil y Argentina: una triste similutud. In: Alberto Trimboli; Juan Carlos Fantin; Silvia Raggi; Pablo Fridman; Eduardo Grande; Gustavo Bertran. (Org.). *El padecimiento mental - entre la salud y la enfermedad*. 1 ed. Buenos Aires: AASM, 2009, v. 1, p. 192-193

Tendo tomado contato com o instrumento realizamos umestudo piloto[16], procedemos à tradução do inventário e verificamos que as crianças compreendiam bem as frases e que as mesmas discriminavam crianças vítimas de violência das sem suspeita de vitimização.

Para a forma definitiva, aqui apresentada, a partir da forma inicial, o instrumento foi estudado e lido por pesquisadores latino americanos com conhecimento de português e espanhol, realizando a retro tradução. O inventário testado nos estudos pilotos foi enviado a psicólogas que atendem às crianças expostas a essa vivência, no dia a dia, com a finalidade de buscar um aprimoramento do instrumento. E finalmente a autora Doutora Rosa Inês Colombo esteve em nosso meio, e teve a oportunidade de conhecer ó desenvolvimento da pesquisa que deu origem a esse manual, tendo aprovado a forma com que as frases foram apresentadas, que é a que ora é apresentada.

O IFVD na forma brasileira é composto por 57 frases de simples compreensão que exige da criança que ela responda sim ou não (se as mesmas tem a ver com sua vida), sendo que as frases não tratam da experiência da vitimização de forma direta, mas estão relacionadas aos transtornos que a mesma traz:, ou seja, os emocionais; cognitivos, sociais, físicos.

Apesquisa foi realizada com dois grupos: 502 crianças vítimas de violência doméstica comprovada, do grupo experimental e as 508 crianças sem suspeita de serem vítimas dessa experiência, que fazem parte do grupo controle. Com todo o cuidado e a necessidade de termos todas as autorizações, fomos conseguindo aos poucos compor o grupo experimental. Depois compusemos o grupo controle e voltamos a contar com o apoio de instituições governamentais e não governamentais de diversos municípios do Estado de São Paulo. Seguimos todos os procedimentos previstos no projeto: fizemos reuniões com Diretores e orientadores de escolas, com os pais, tivemos os termos de consentimento assinados por eles, e realizamos entrevistas individuais com todas as crianças seguidas da aplicação do instrumento.Contamos com muito apoio e disponibilidade de todos. A equipe observou que

[16] Tardivo, L.S.L.P.C.; Pinto Junior, A.A. (2002) Inventário de frases no levantamento de indicadores de abusos e maus tratos. *Anais do IV Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: teorização e prática*, p. 50-51.

houve casos de crianças que nas entrevistas iniciais, relataram serem vítimas de violência física por parte do pai, principalmente. Tais casos, não compuseram o grupo controle (como estava previsto no projeto)e a todos foi dada a atenção necessária. Destacamos que em alguns bairros, essa situação ocorreu numa frequência acima do que esperávamos, o que nos levou a pensar como a infância é encarada em nosso meio, e como a violência, em especial a física é ainda considerada como forma de educação e disciplina. Trazemos como consideração a necessidade de orientação e que trabalhos preventivos sejam desenvolvidos, uma vez que a máxima de que violência gera violência ficou muito evidente nessa pesquisa de campo.

Os principais resultados que foram encontrados (a partir de tratamento estatístico) foram;

A maior parte das crianças vítimas de violência é do sexo feminino;

A maior freqüência de idades ficou entre10 e 11 anos e o nível de escolaridade das crianças vitimizadas foi a 1ª série, com um atraso considerável quando comparado aos sujeitos do grupo controle., sendo esse problema na educação formal um dos efeitos da violência doméstica

O tipo de violência mais encontrado foi a física e a sexual é muito mais freqüente no sexo feminino.

O IFVD diferenciou de forma estatisticamente significante os grupos de crianças vítimas de violência doméstica (grupo experimental), daquelas sem suspeita de vitimização (grupo controle).

As médias do grupo experimental foram sempre maiores que o de controle em todas as situações investigadas, no total no instrumento, (21,32 contra 14,53),quanto nos totais por transtorno associado.

Essa pesquisa de campo, só foi possível com muito apoio e ajuda dos parceiros e dos membros do APOIAR , sendo que quero expressar aqui a mais sincera gratidão e reconhecimento. A começar pelas crianças e adolescentes, aos quais dedicamos esse

trabalho, que abriram seus corações, nos relatando suas experiências de vida e permitindo, assim, que o estudo fosse realizado em tempo.

No contato que tivemos com a prática, muito aprendemos e parcerias foram se desenvolvendo, eventos, palestras, reuniões, foram realizadas. Tivemos o apoio de prefeituras, com suas secretarias,e às organizações não governamentais, as quais não serão todas nominadas, por ter sido garantida a não identificação da criança e adolescente, bem como das instituições `as quais os mesmos estão vinculados.

A pesquisa recebeu o apoio da FAPESP, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, instituição na qual tenho a satisfação de trabalhar , e que também apoiou o desenvolvimento da pesquisa. E da Editora vetor Psicopedagógica, à Vetor Editora Psicopedagógica, na pessoa de seu Diretor Presidente, o Professor Jose Glauco Bardella, que publicou]o manual e o Psicólogo Cristiano que realizou todos os estudos estatísticos. O apoio continua para a realização de outras pesquisas , bem como nas Jornadas APOIAR, como na presente.

O TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL COM FIGURAS DE ANIMAIS (CAT-A) NA AVALIAÇÃO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA[17]

Resumimos a pesquisa realizada:

O objetivo dessa pesquisa foi realizar um estudo de validade de critério para o CAT-A, a partir da comparação das médias do total de pontos de análise de conteúdo, feita a partir da proposta de interpretação dos aspectos gerais da personalidade de Bellak e Bellak ,1949 / 1991) e Tardivo 1992, 1998) e Silva (2005).

[17]Pesquisa desenvolvida em co-autoria com AntoioAugusto Pinto Junior

Oreferido instrumento foi empregado em dois grupos de crianças: um grupo de 50 que sofreu violência doméstica comprovadamente (grupo clínico) e 50 crianças sem suspeita de terem sofrido violência doméstica (grupo controle).

A maioria das crianças do grupo clínico (52%) sofreu Violência Sexual, 40% Física e apenas 8% Física e Sexual.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em todas as comparações realizadas com os itens de análise de conteúdo

. As crianças sem suspeita de serem vítimas identificam-se mais com o herói ou personagem com características positivas, como por exemplo: bonito, corajoso, capaz, adequado. Também são estas que apresentam mais introduções de situações ou personagens com características positivas, ou seja aceitação, compreensão, afeto, controles adequados e boas expectativas associados aos personagens e objetos introduzidos.

Ao mesmo tempo, as crianças vitimizadas não conseguem como as crianças do grupo controle introduzir personagens ou situações que lhes permite sentirem-se aceitos e compreendidos. Ascrianças do grupo experimental apresentaram importantes prejuízos nos aspectos afetivo - emocionais e psicodinâmicos. Assim para as crianças vitimizadas o ambiente e as figuras são percebidas de forma negativa, ou seja, há sérios problemas na qualidade das relações objetais destas.. E estasvivenciam sentimentos de ansiedades intensas, pois a desilusão e a perda de uma figura na qual confiava e amava (ou ainda ama) pode gerar o medo e a desconfiança de outras pessoas significativas, em outras situações posteriores ou outros contextos envolvendo relações interpessoais. Também sentem-se incapazes de lidar de forma adequada com os estímulos internos e externos. Tem muito mais dificuldade que as crianças sem suspeita de serem vítimas de dar um desfecho positivo para a história, . Confirmam-se os diversos estudos da literatura que apontam serem as crianças vítimas de violência doméstica as que mais revelam problemas emocionais, de auto-estima e de relações interpessoais, como vimos no resumo de Echeburúa e Guerricaechevarría, (2002), entre outros estudos.

O CAT-A se revelou uma técnica eficaz para o desvelamento do funcionamento psíquico mais profundo das crianças vítimas de violência doméstica. As crianças vitimizadas no lar, por causa de angústias e medos diversos, dificilmente conseguem falar diretamente sobre o que sentem e vivenciam internamente. Por meio de instrumentos projetivos, como o CAT-A, podem comunicar simbolicamente o tipo de ansiedade desencadeada pela vitimização. Necessidade de mais pesquisas com Técnicas Projetivas e com o Psicodiagnóstico Compreensivo na área da violência doméstica, pela importância de compreendermos a vivência emocional dessas crianças, de forma a desenvolver intervenções que possam de alguma forma minimizar além do imenso sofrimento que vivenciam e, na medida do possível, os efeitos graves que a experiência de VDCA acarreta para as vítimas.

Está em desenvolvimento uma pesquisa com 100 crianças e o teste CAT- H (Teste de Apercepção Infantil com Figuras Humanas)

ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA PERSONALIDADE DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COM O USO DO TESTE DAS FÁBULAS DE DUSS[18]

Resumo Essa pesquisa enfoca o teste da Fabulas, composto por pequenas histórias de simplescompreensão às quais crianças devem completar dando um final. Nesse estudo, destacamos o emprego dessa técnica na avaliação psicológica das crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, pelos dados que fornece em termos dos aspectos psicodinâmicos e objetivamos também contribuir nesse campo.

Participantes: A amostra foi composta por 60 crianças, sendo 30 do grupo experimental (crianças que foram vítimas de violência física, sexual ou ambas comprovadamente) 30 do grupo controle (crianças sem suspeita de serem vítimas)

[18] Pesquisa relizada em colaboração com Antonio Augusto Pinto Junior e Fabiana Cortês Vieira

.Os dados foram analisadossegundo Tardivo (1998), e observam-se dados como: Figuras paternas ausentes e ameaçadoras, sensação de abandono; angústias depressivas e paranóides; carência de mecanismos defensivos adaptativos, sensação de incapacidade Os dados sugerem que o Teste das Fábulas é um instrumento projetivo que facilita a compreensão do impacto da vitimização na subjetividade da vítima, e por isso pode auxiliar o psicólogo na tarefa de avaliação e na realização do Psicodiagnóstico desta população em situação de risco.

(Essa pesquisa foi ampliada e está em desenvolvimento com 100 crianças)

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SINAIS DE DEPRESSÃO: ESTUDANDO AS RELAÇÕES

O fenômeno da violência, com sérias implicações sociais, históricas e culturais, é hoje considerado um verdadeiro problema de saúde pública em função dos graves efeitos e conseqüências para as vítimase para a sociedade , como um todo. experiência envolvida na vivência da violência doméstica possa até bloquear e desenvolvimento gerando um crescimento deficiente da criança que pode e abrange tanto os transtornos de comportamento, como cognitivos, físicos, sociais e afetivos. A partir de artigos estudados, pode-se afirmar queas crianças vítimas de violência doméstica apresentam maior risco de desenvolverem problemas emocionais e comportamentais e de sofrerem outras adversidades em suas vidas. Também se aponta que crianças e adolescentes expostos à violência doméstica apresentam mais problemas de saúde mental. São mencionados apresença de quadros depressivos, tentativas de suicídio, isolamento, comportamentos de fuga do lar, condutas agressivas contra terceiros e contra si mesmos, condutas anti-sociais e abuso de substâncias químicas com respeito à violência doméstica sofrida pela crianças e adolescentes em suas variadas formas, do ponto de vista dos aspectos psicológicos, a

literatura aponta a presença de sintomas depressivos e outros associados, como os ansiosos. Tais sintomas acarretam muito sofrimento e modificam o comportamento da criança e adolescente vitimizados, podendo favorecer o surgimento de quadros mais graves ao longo da vida .

Dessa forma, se torna importante o estudo dessas relações em nosso meio, a fim de realizar o diagnóstico o mais precocemente possível e implementar as medidas interventivas necessárias.

Na presente pesquisa foram apresentadas as relações entre os resultados da experiência da violência doméstica de 50 crianças e adolescentes deambos os sexos, entre 6 e 16 anos de idade (comprovada por órgãos competentes) e os resultados do Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory CDI, Kovacs, 1985) adaptado e normalizado no Brasil por Barbosa 91995) E 100 crianças do grupo controle, com idades entre v6 e 16 anos,de ambos os sexos (54,7% feminino e 45,3% asculino).

Foram submetidas a aplicações individuais doChildren.s Depression Inventory -CDI elaborado por Kovacs (1983 ; 1985), adaptado do *Beck Depression Inventory* para adultos. O objetivo do CDI é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância. Destina-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos 6 aos 17 anos de idade.

É composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta.

A criança deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. As opções são pontuadas de 0 a 2 .

O CDI já foi adaptado, para uso em João Pessoa, por Barbosa, Almeida e Gaião (1995)

Para as análises estatísticas foi utilizado o Teste *t* de *Student* e *ANOVA* pelo software SPSS.

Como resultados obtivemos que oCDI discriminou as crianças vitimizadas das que não sofreram violência, uma vez que a média da pontuação no teste foi mais alta e

estatisticamente significante na amostra das crianças que possuem o histórico de violência física, sexual ou ambas.(7,98) contra 14,98. Assim , as as crianças que são vítimas de violência doméstica apresentam maior nível ansiedade, baixa auto-estima, depressão . Confirmam-se estudos da literaturaque apontam ser a violência domésticaum um fator de risco no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

INVESTIGAÇÕES EM DESENVOLVIIMENTO

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICACONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: ESTUDOS COM INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS[19]

I - Introdução:

A compreensão e o conhecimento da experiência emocional de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica se torna cada vez mais relevante, em função do número crescente de casos e das sérias consequências que o fenômeno acarreta ao processo de desenvolvimento e à saúde física e mental das vítimas. Além disso, trata-se de problemática com deletérios efeitos sociais tais como inadaptação escolar e repetição de atos violentos em cadeia, dentre outros. Aproximamo-nos da avaliação das crianças que vivem essa triste realidade, tendo realizado ampla pesquisa de tradução e validação do Inventário de Frases na Avaliação da Violência Doméstica[20] (Tardivo e Pinto Junior, 2010), e vem se evidenciandonecessidades de se aprofundar esse conhecimento e de se ter mais instrumentos aptos à sua avaliação. As técnicas projetivas, desde que validadas e aprovadas, configuram poderoso recurso no contexto do Psicodiagnóstico, pois permitem a expressão de aspectos inconscientes, favorecendo o tratamento e encaminhamento adequados.

[19] Projeto aprovado pelo CNPq em agosto de 2010 – Processo n. 400867/2010-9 (Apoio a Projetos de Pesquisa / Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES nº 02/2010 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas)
[20] Projeto financiado pela FAPESP- Auxílio Projeto de Pesquisa Processo No. 06/56308-0

II - Objetivos

- Apresentar os resultados de crianças de diversas regiões do Brasil no IFVD, comparando-se o desempenho com os dados do estudo de validação realizado em São Paulo (Tardivo e Pinto Junior, 2010);
- Realizar estudos de padronização efidedignidade do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, em diversas regiões do Brasil;
- Pesquisar a influência do clima no desempenho de crianças brasileiras no teste do Desenho da Pessoa na Chuva, a partir do estudo dos desenhos de crianças de diversas regiões
- Apresentar um estudo devalidação do DFH, (dados defidedignidade e validade)**a** em crianças e adolescentes vítimas e sem suspeita de serem vítimas de Violência Doméstica em diversas regiões do Brasil;
- Apresentar dados de padronização, com as respostas mais frequentes ao DFH, numa amostra de crianças brasileiras (pelos dados do grupo controle).
- Contribuir para a validação do Inventário de Depressão Infantil (CDI) a partir dos dados criançase adolescentes vítimas e sem suspeita de serem vítimas de Violência Doméstica em diversas regiões do Brasil;apresentando também dados normativos (pelos resultados dos grupos controles)
- Discutir e apresentar dados dos tipos de violência (e os transtornos desta experiência) predominantes numa amostra de crianças brasileiras de 6 a 16 anos de idade de distintas regiões do Brasil;

III - Aspectos Metodológicos

A- Participantes:

Participarão da pesquisa 1130 crianças de ambos os sexos, de 6 a 16 anos de idade, distribuídas em diversas regiões do Brasil, divididos em dois grandes grupos:

GRUPO EXPERIMENTAL: 565 crianças de 6 a 16 anos com confirmação de serem vitimas de violência doméstica. Essa confirmação é dada a partir das instituições que atendem às crianças e pelos órgãos competentes.

Se as crianças estiverem vivendo em abrigos, só farão parte da pesquisa as recém abrigadas, no início do processo de avaliação a que se submetem.

Para essa fase da pesquisa contamos com o apoio de pesquisadores ou professores que atuam nessas cidades (os nomes desses colaboradores estão inseridos como participantes na pesquisa e guardamos as cartas ou emails dos mesmos).

A pesquisaserá consolidada a partir do trabalho em diversas regiões do Brasil, com um número de crianças em cada um deles , a saber :

- Estadode São Paulo: 275 crianças,
- Em cada cidade haverá colaboradores , que respondem pela pesquisa
- Estado do Rio de Janeiro: 30 crianças
- Estado de Santa Catarina: 30 casos de crianças vitimas de violência doméstica
- Estado do Mato Grosso do Sul (Dourados): 50 casos de crianças vitimas de violência doméstica–
- Estado da Bahia (Salvador) 50 casos de crianças vitimas de violência doméstica
- Estado do Ceará (Fortaleza) 50 casos de crianças vitimas de violência doméstica atendidas em instituições da cidade
- Estado do Maranhão(São Luis) – 30 casos de crianças vitimas de violência doméstica atendidas em instituições da cidade
- Estado do Acre: 50 casos de crianças vitimas de violência doméstica

GRUPO CONTROLE: 565 crianças de 6 a 16 anos sem suspeita de serem vitimas de violência doméstica; de população escolar.

Para a pesquisa na Cidade de São Paulo, contamos com uma equipe de pesquisadores (composta por membros do Projeto APOIAR do IPUSP), e o apoio da supervisora de Ensino Neide Soares.

Os colaboradores de cidades dos diversos estados brasileiros, deverão contar com apoio das escolas e deverão enviar material de crianças que comporão o grupo controle, buscando manter a distribuição o mais próxima possível em termos de idade e sexo das crianças que comporão o grupo experimental.

B- INSTRUMENTOS APLICAÇÃO

Serão aplicados os instrumentos, nessa ordem:

1) **ENTREVISTAS**

Com as crianças e adolescentes para o estabelecimento do rapoort, com os pais e responsáveis, com os Diretores e Coordenadores das Instituições.

Essas entrevistas serão sempre semi-dirigidas e tem como objetivo explicar os objetivos da pesquisa, e garantir o anonimato dessa participação, bem com todos os cuidados éticos necessários e indispensáveis .

2) Inventário de Frases no Diagnostico de Crianças e Adolescentes Vitimas de Violência Doméstica(IFVD)

A partir do manual (TARDIVO E PINTO JUNIOR, 2010);após o devido *rapport*, o aplicador, deverá apresentar as instruções do instrumento:

Vou ler para você algumas frases para que me responda: SIM quando sentir que acontece com você na maioria das vezes. NÃO quando sentir que não acontece com você na maioria das vezes.

Então, o aplicador deverá ler pausadamente cada frase, esperar a manifestação verbal do sujeito e marcar com um X à resposta nas colunas à direita da respectiva frase.

3) Desenho da Figura Humana (DFH)

As crianças e adolescentes serão convidados a desenhar duas pessoas (figuras humanas). Será solicitado um desenho de uma pessoa; e o desenho da pessoa do outro sexo. Trabalharemos com os aspectos gráficos; considerando os fatores emocionais. Serão feitas (e anotadas as respostas) duas perguntas: sexo e idade da figura desenhada (para as análises correspondentes e para as comparações como Desenho da Pessoa na Chuva.

Material: folha de sulfite (consta do caderno de pesquisa em anexo); lápis preto n. 2 e borracha.

4)Desenho da Pessoa na Chuva

Instruções: *Desenhe uma pessoa na chuva*

(fazer um simples inquérito: sexo, idade da figura humana, e detalhes sobre a chuva/proteção; o que é a chuva para a criança).

Material: folha de sulfite (consta do caderno de pesquisa em anexo) e lápis preto n. 2 e borracha

5) QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL

Para medir depressão foi utilizado o Children.s Depression Inventory -CDI elaborado por Kovacs[21] O objetivo do CDI é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância. Destina-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos de idade. Este inventário é composto por 27 itens, cada um com três opções de resposta. A criança deve escolher a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. As opções são pontuadas de 0 a 2 e o teste será aplicado individualmente.

[21]KOVACS, M. The children´s depression inventory *Psychopharmacol Bull, 21***:** 955-998, 1985

O CDI já foi adaptado para uso no Brasil e será essa a forma que será usada na presente pesquisa por Barbosa et cols.[22].(O protocolo esta inserido no caderno de pesquisa).

Serão realizados serão feitos todos os estudos estaísticos possíveis, incluindo o de precisão entre juízes: para o DFH e Desenho da Pessoa na Chuva

INTERVENÇÕES

Atendimento psicoterápico de 38 crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (e também de outras condições)

Grupo no APOIAR, sob a coordenação da Dra Maria Aparecida Mazzante Colacique.

Projetos de Mestrado: Oficinas Terapêuticas com Adolescentes e seus filhos, e com Adolescentes e educadores

Relações entre Violência Doméstica e Apego

Referências Bibliográficas

Adorno, S. (1988). Violência e educação. São Paulo, 1988 (Mimeografado).

Agosta, C.B.; Balarini, Z.; Colombo, R.I. (2005) *Abuso y Maltrato infantil Inventario de Frases revisado (IFR*), Buenos Aires*,* Cauquen Exdtora.

Agosta, C.B.; Barilari, Z.; Colombo, R.I. (2001). *Abuso y maltrato infantil*: inventario de frases. Buenos Aires: Sainte Claire.

ANASTASI, A. (1977). *Testes Psicológicos,* São Paulo: EPU.

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A. (2005). *Dossiê Brasil 2004-2205 - violência doméstica contracrianças e adolescentes (vdca):* um cenário em (des)construção. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

[22] BARBOSA, G,.A, & COLS. Um estudo de prevalência com o CDI *Infanto- Rev. Neuropsiq.da Inf. e Adol. 4* (3):36-40, 1996

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A.; Pinto Junior, A.A (2003). *Descobrindo o desenho infantil*. São Paulo: IEditora.

Azevedo, M.A; Guerra, V.N.A. (1998). *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu.

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A. (1998a). *Infância e violência doméstica*: módulo 1A/B. São Paulo: LACRI-IPUSP.

Bouchard, E.M.; Tourigny, M.; Joly, J.; Hebert, M. E Cyr, M. (2008). Psychological and health sequelae of childhood sexual, physical and psychological abuse.*Revue D Epidemiologie et de Sante Publique,* 56 (5), 333-344.

Buckley, H.; Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature: *Child Abuse & Neglect*, 32 (8), 797-810.

Daro, D.; Lung, C.T. (1996). Current trends in child abuse: reporting and fatalities NCPCA'S 1995 annual fifty state survey. EUA: Center on Child Abuse Pevention Research.

Duarte, J.C. & Arboleda, M.R.C. (1997).*Malos tratos y abuso sexual infantil:* causas, consecuencias e intervención. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Echeburúa, E. Guerricaechevarría, C. (2002). El Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. In J. Sanmartín (Org.). *Violência contra niños*. (81-106). Barcelona: Ariel, 81-106.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse.*Child Abuse & Neglect,* v. 18, p. 409-17.

Gilbert, R.; Widom, CS.; Browne, K.; Fergusson, D.; Webb, E.; Janson, S. (2009). Child Maltreatment: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries - *Lancet*, 373 (9657), 68 – 81.

Gonçalves, H.S.G. (2003). *Infânciae violência no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.

Hollins, L. D. (2008). Influence of exposure to child maltreatment, domestic violence and community violence on youth aggression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 69 (6-B), 3874.

Ireland, T.O.; Smith, C. A. (2009). Living in Partner-violent Families: Developmental Links to Antisocial Behavior and Relationship Violence- *Journal of Youth and Adolescence,* 38 (3), 323- 339.

Linhares, J.L.S. (2002). *Del abuso y outros desmanos: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Buenos Aires: Paidós.

Marcelli, D. (1998) *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra.*Porto Alegre: Artes Médicas.

Noll, J.G.; Trickett, P.K.; Harris, W.W.; Putnam, F.W. (2009). The Cumulative Burden Borne by Offspring Whose Mothers Were Sexually Abused as Children Descriptive Results From a Multigenerational Study.:*Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 424-449.

Pinto Junior, A.A. (2005). *Violência sexual doméstica contra meninos*: um estudo fenomenológico. São Paulo; Vetor.

Pinto Junior, A.A.; Tardivo, L.S.P.C.; Santos, M.R.; Jorge, K.M.; Chagas, A.F.; Ferreira, D.A.S. (2003). O atendimento clínico de crianças e adolescentes vitimizados*:* um relato de experiência. *Anais Jornadas Apoiar*: propostas de atendimento. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Pinto Junior, A.A. (2001). O trabalho com crianças vítimas de vilência sexual doméstica: promovendo a resiliência. *Temas sobre Desenvolvimento*, 56(10): 40-46.

Prince, A.P.; Chu, A.T.; Combs, M. D. (2008). Trauma-related predictors of deontic reasoning: A pilot study in a community sample of children, *Child Abuse & Neglect,* 32 (7), 732- 737.

Sanmartín, J. (2002). *Violência contra niños*. Barcelona: Ariel.

Schetky, D.H. & Green, A.H. (1988).*Child sexual abuse:*a handbook for health care and legal professionals. New York: Brunner/Mazel.

Silva, M.A.S.; Vecina, T.C.C. (2002). Mapeando a violência contra crianças e adolescentes. In Silva, M.A.S.; Vecina, T.C.C. (Orgs.). *O fim do silêncio na violência familiar*: teoria e prática. São Paulo: Agora.

Tardivo, L.S.L.P.C.; Pinto Junior, A.A. (2002). Inventário de frases no levantamento de indicadores de abusos e maus tratos. *Anais do IV Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: teorização e prática*, 50-51.

Tardivo, L.S.P.C.; Pinto Junior, A. A.; Koehler, S.M.F. (2000). O uso e estudo das técnicas projetivas: perspectivas atuais. *Mudanças*, 8, (14), 153-165.

MESA:

PESQUISAS NA ÁREA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INTRAFAMILIAR NO BRASIL

PESQUISA ILUSTRATIVA NA ÁREA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DO LAPREV (LABORATÓRIO DE ANÁLISE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA)

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Psicologia
LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência)

Essa apresentação irá descrever um dos projetos desenvolvidos no LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência/UFSCar) ilustrativos de prevenção de violência na família. Como exemplo ilustrativo de prevenção da violência na família, serão apresentados dados referentes ao *Projeto Parceria.* Trata-se de um projeto de 16 semanas de duração (sessões semanais), financiado pelo CNPq, que desenvolveu e tem avaliado um programa de intervenção a mães vítimas de violência pelo parceiro, de forma a prevenir problemas comportamentais nos filhos. Múltiplas medidas avaliativas são coletadas com as mães e a criança-alvo em três momentos (antes, durante e após 4-6 meses de conclusão): informações dadas na *Entrevista Inicial a Vítimas de Violência Doméstica,*desempenho no *Inventário de Estilo Parental (IEP*), no *Inventário de Potencial de Abuso (CAP)* e no *Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança – SDQ.* Adicionalmente, a observação da interação mãe-criança é registrada e filmada em quatro situações diferentes em uma casa laboratório que reproduz o ambiente domiciliar consistindo em uma réplica de casa com diversos cômodos com câmaras digitais e espelho unidirecional. Finalmente, o projeto envolve a coleta de dados de modo continuo (auto-registro diário pela mãe) de seu *Senso de Bem Estar e Senso de Competência Parental.* O projeto de intervenção individual envolve: a) um componente psicoterapêutico para analisar o impacto que a violência possa ter causado no desenvolvimento da mulher (a participante recebe um livreto para tal módulo, Projeto Parceria, vol. 1 "*Uma vida livre da violência*") e b) um componente educacional (Projeto

Parceria, vol. 2 “*Educação Positiva de seus filhos*”), em que ela aprende sobre manejo não coercitivo do comportamento dos filhos, por meio de discussões, *role-playing*, modelação e vídeo-feedback. Dados ilustrativos serão apresentados de sessões da observação interação mãe-criança que no estágio pré-intervenção caracteriza-se por uma alta freqüência de atenção a comportamentos negativos da criança. Em seguida será descrita a aplicação do projeto em forma intervenção domiciliar a 17 mães com alto risco psicossocial e seus adolescentes com histórico de vitimização previamente denunciados ao Fórum Judicial, com resultados positivos segundo as mães e adolescentes.

CONTORNOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Marília Vizzotto – Universidade Metodista de São Paulo

Examinamos um perfil ou características da demanda atendida em plantões psicológicos realizados em Delegacias da Mulher do ABCD paulista e de regiões periféricas de São Paulo. São destacados os últimos 5 anos, pois há um crescimento da procura pela atenção psicológica nesses locais, não só no que se refere às mulheres com queixas de agressões, mas também crianças de 0 (zero) até 13 anos de idade. Apresentam-se um perfil sociocultural, demográfico e variáveis psicológicas que circundam a clientela e suas relações com a violência doméstica; também descrevem-se as principais queixas e suas dinâmicas.

O PAPEL DA ESCOLA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Dalka Ferrari

RESUMO

Em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o CNRVV levantou as principais dificuldades que os educadores vêm enfrentando para lidar com a violência contra as crianças e os adolescentes no Brasil e de que forma as escolas públicas têm detectado e encaminhado tanto a violência doméstica quanto aquela que ocorre dentro da escola, praticada por algum adulto ou por algum de seus pares, criança ou adolescente.

A pesquisa envolveu 4150 instituições de 20 municípios, na fase quantitativa *(veja relação e principais características abaixo). Os municípios escritos em azul são aqueles visitados na fase qualitativa:*

Cidade	**População**	**C T**	**CMDCA**	**VIJ**	**ONGs**	**P.”Sentinela”**
Alagoinhas	134.162	X		X		X
Araxá	81.796	X	X	X		X
Atibaia	118.990	X	X	X		
Belém	1.342.549	X	X	X	X	X
Belo Horizonte	2.305.812	X	X	X	X	X

Boa vista	221.027	X	X	X	X	X
Boquim	24.549	X	X	X		
Caarapó	20.156	X	X	X		
Florianópolis	369.102	X	X	X	X	X
Foz do Iguaçu	279.620	X	X	X		
Novo Hamburgo	245.597	X	X	X		
Porto Alegre	1.394.085	X	X	X	X	X
Porto Velho	353.961	X	X	X		
Recife	1.461.320	X	X	X	X	X
Rio Verde	124.753	X	X	X		
São Bernardo do Campo	745.161	X	X	X	X	
São Luis	923.526	X	X	X	X	
Sobral	163.836	X	X	X		
Ubatuba	72.857	X		X		
Unaí	72.622	X	X	X		X

CRIANÇAS VÍTIMAS, PARCERIAS DEFICIENTES: OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA?

Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado
UERJ – Novembro de 2011

Em nosso cotidiano, apesar dos imensos esforços mobilizados para fazer face à assistência a crianças vítimas, muito ainda tem que ser feito para que elas não sejam expostas a novas situações abusivas, a partir do próprio sistema assistencial que tem como objetivo protegê-las e auxiliá-las. Com o intuito de assisti-las, o trabalho multidisciplinar se mostra imprescindível, no entanto, embora tal proposta seja aceita e bastante divulgada, pô-la em prática tem se mostrado com complexidades específicas, que dizem respeito à interação e integração dos diversos órgãos envolvidos, assistenciais e jurídicos. As dificuldades já podem surgir a partir do encaminhamento, pois cada profissional tende a atuar não apenas de acordo com sua formação, mas também sua inserção institucional, na qual está implicada sua identidade. Assim, encaminhamentos são feitos, muitas vezes de forma bastante sucinta, a partir da perspectiva da instituição tida como referência, e se espera que a resposta se dê de acordo com ela, porém, a instituição à qual foi solicitada parceria é outra, com funcionamento diferenciado e enfoques específicos. Dá-se aí um primeiro desencontro. A situação se agrava quando profissionais de habilitação semelhante atuam junto ao mesmo caso e têm pareceres diferentes, o que acaba sendo foco de muita confusão, particularmente quando envolve decisão judicial. Em certos casos, são muitas as pessoas envolvidas, crianças, familiares e profissionais, com uma quantidade grande de relatórios, laudos e informes: muitas vozes, muito alarido, muitos equívocos, pouco entendimento. Sendo encaminhada uma situação para perícia, se o magistrado não espera os laudos lhe serem encaminhados e vai tomando decisões parciais no decorrer do processo, por conta da dinâmica institucional ou da situação de abrigamento, podem se dar encaminhados inconvenientes e absurdamente violentos, sobretudo para as crianças envolvidas, justamente contra seu interesse maior, conforme preconiza o ECA. Em tal situação, recorrendo-se ao Ministério Público, o promotor intervém, mas o magistrado afirma que nenhuma medida está sendo tomada enquanto aguarda a

chegada dos laudos – o que é falso. Outra situação diz respeito aos abrigos, que requerem profissionais habilitados para nele atuarem, desde o mais simples servente aos demais profissionais, graduados ou não. Mas não é o que acontece – pelo menos em certos casos: crianças não são bem tratadas, não são protegidas, não são defendidas e nem compreendidas em suas necessidades, físicas e emocionais. Outra situação grave é quando não se cumpre ordem judicial em circunstância de abrigamento, como no caso de visita assistida junto à criança abrigada: talvez se entenda, por exemplo, que se trate de uma avó "vítima" ela própria, queixosa e injustiçada, que sensibiliza o funcionário designado para assistir à visita, que assim se retira para fazer outra coisa e deixa a criança a sós. Esta, assim, fica totalmente vulnerável e desamparada, exposta a ameaças e constrangimentos. Mais uma vez, por descaso ou ignorância, não se está levando em consideração o interesse maior da criança. Em nosso trabalho, vamos nos deparando com tais situações que acabam por prejudicar demais as crianças envolvidas que, assim, vão sofrendo outras formas de vitimização. Atuar nessa área implica em ter que fazer face à angústia e cremos que muitas atuações inconvenientes se dêem pela impossibilidade de tolerá-la. Outro aspecto diz respeito à capacitação de profissionais, que se tem mostrado deficiente e insuficiente. Além do mais, não é mesmo qualquer pessoa que pode atuar nessa área, mesmo que queira.

PESQUISANDO, COMPREENDENDO, INTERVINDO JUNTO AS MULHERES GRÁVIDAS VITIMAS DE VIOLÊNCIA EM SÃO PAULO

Dora Mariela Salcedo Barrientos

Pesquisar, compreender, intervir junto as mulheres grávidas vitimas de violência e criando redes na zona leste de São Paulo constitui-se uma prioridade para a nossa unidade universitária na atual conjuntura estatística onde Estatísticas epidemiológicas confirmam que, A taxa de morte materna no Brasil em 2006 foi de 77,2/100.000 nascidos vivos (nv), neste mesmo ano, no estado de São Paulo, o número de óbitos no período perinatal foi de 14,9 por 1.000 nv e em 2007, no país, foram registradas 194.813 internações hospitalares por afecções originadas no período perinatal (Datasus, 2008).

E especificamente 60% das mulheres que já engravidaram foram vítimas de algum tipo de violência doméstica por parceiro íntimo no decorrer da vida conjugal e 20% destas sofreram violência física e psicológica grave (socos, queimaduras, ameaça ou uso de arma) durante a gravidez (Durant, 2006) e infelizmente nao contamos com estatisticas atualizadas quanto a incidencia e prevalencia para este grupo etario no Brasil.

A nossa produção cientifica se insere como parte de um projeto maior intitulado *Necessidades de Saúde da População & Possibilidades de Enfrentamento na Atenção Básica,* componente do grupo de pesquisa *Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva / CNPQ e hoje de forma independente fazemos parte do Diretorio do CNPQ:* G**rupo de Estudo e Pesquisa:** “Mullher & Saúde: violência doméstica no período gravídico-puerperal”, cujo objetivo focaliza compreender e intervir junto as mulheres vitimas de violência com o intuito de reduzir a morte materna no estado de Sao Paulo e no Brasil.

Nestes ultimos anos, importantes Parcerias foram realizadas junto ao Departamento da Saude Coletiva da EEUSP e com o Instituto de Psicologia – Grupo de Pesquisa Apoiar;

Dentre as nossas principais produções encontra-se:

- **Compreendendo a prática profissional diante o fenômeno da violência doméstica que sofrem as mulheres grávidas na zona Leste de São Paulo**
- *Criação de um novo site: Mulher & Saude (www.mulheresaude.com.br) colocado no ar em setembro deste ano, pretende responder algumas dúvidas e ir preenchendo lacunas quanto a informaçoes e acolher a estas mulheres que demandam algum tipo de atendimento.*

Pesquisas e Projetos em andamento:

- Construindo novos instrumentos pedagógicos para favorecer a qualidade de vida dos recém-nascidos e lactentes das mães adolescentes vulneráveis à violência doméstica na zona leste de São Paulo.

- Promovendo a criatividade e a espontaneidade durante a formação dos discentes no período do pré-natal e pós-parto das mulheres vulneráveis à violência doméstica na zona leste de São Paulo.

- Promovendo uma maternidade saudável e sem violências nas adolescentes na área de abrangência da UBS Vila Cisper na zona Leste de São Paulo.

- Violência doméstica hoje: Realidade vivenciada pelas adolescentes grávidas na Zona Leste de São Paulo.

- Descobrindo as potencialidades das vítimas de violência doméstica durante a gravidez na Zona Leste de São Paulo.
- Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: bases para intervenção (Financiamento do CNPQ)

Novos Parceiros: Centro de Cidadania de Itaquera; Faculdade de Psicologia e Ciencias da Educaçao da Universidade de Coimbra; Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiatrico de Coimbra; Universidade de Barcelona – Programa Tolerancia Zero

Finalmente a minha equipe técnica: G**rupo de Estudo e Pesquisa:** "Mullher & Saúde: violência doméstica no período gravídico-puerperal", formado por 10 alunos da graduação, (3) profissionais voluntárias (assistente social, enfermeira e psicóloga)
pretendemos fornecer ferramentas de gestão e monitoramento que contribuam para tornar mais eficazes as práticas de saúde voltadas ao atendimento destas adolescentes vítimas de violência e subsidiar com elementos metodológicos as possibilidades de enfrentamento na Atenção Básica.

Considerações Finais:
o processo de trabalho dos profissionais de saúde precisa de uma reformulação quanto à coerência dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família, sendo assim, instituições de ensino, serviços e os próprios profissionais precisam repensar novas mudanças e estratégias para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil
Compartilhamos este sentimento que a academia não poderá enfrentar este fenômeno de forma isolada e que urge novas tentativas com a comunidade civil a nível nacional e internacional. Desta forma, em nome da Rede Latino-americana do Curso de Obstetrícia da EACH-USP; RELACAHUPAN e do Curso de Obstetrícia da EACH-USP gostaríamos agradecer a presença de cada um de vocês que mais uma vez reafirmam este seu

compromisso não somente com as mulheres brasileiras senão também pela mulher latino-americana para fortalecermos em uma grande unidade de irmandade e reafirmo este meu compromisso de pesquisadora e mulher latino-americana que acredita em um mundo com maior equidade para as nossas próximas gerações para quem estamos trabalhando hoje.

AS REDES DE PROTEÇÃO ARUJÁ/BRASIL-COIMBRA/PORTUGAL

Paula Orchiucci Miura

INTRODUÇÃO

O tema violência vem sendo bastante discutido pelas diversas áreas e sendo palco de grandes discussões nos canais de comunicação seja para aumentar a audiência ou para refletirmos sobre o assunto de maneira ética e política.

A palavra violência, segundo o dicionário Aurélio, significa qualidade de ser violento; ato de violentar; constrangimento físico ou moral; uso da força; coação. Refletir sobre a violência, de modo geral, pode nos conduzir a esse significado compartilhado socialmente.

Mas invés disso, quero conduzir o leitor a pensar sobre a violência que acontece nas relações familiares, ou seja, sobre a violência intrafamiliar, que se refere não apenas ao excesso de força física, sexual, verbal contra o outro, mas também a ausência de um investimento no cuidado, na preocupação com o outro que necessita de acolhimento emocional e cuidados físicos.

Violência intrafamiliar será o termo adotado neste trabalho, fundamentado na definição de Shrader & Sagot (1998), que utilizam o termo para referir-se a violência entre os membros da família que podem ou não residir no mesmo domicílio. Os autores acreditam que o termo violência doméstica se restringe a violência entre os membros da família que residem na mesma casa. Por esse motivo, adotarei no decorrer dessa tese o termo violência intrafamiliar.

Este tipo de violência é um problema milenar e complexo, que ocorre ao longo do ciclo vital, em todas as regiões do mundo, sem distinção de classe social, grupo racial, nível econômico, educacional ou religião. Constitui uma violação dos direitos humanos fundamentais e uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e exercício de tais direitos.

Em 2007, o UNICEF identificou que cerca de 275 milhões de crianças eram testemunhas deste tipo de violência. Nestes casos, os danos psíquicos são tão graves quanto às crianças que vivenciam diretamente a violência.

Ao problema da violência intrafamiliar pode somar-se a violência estrutural, aquela determinada pelas desigualdades sócio-econômicas, que envolve questões como estado de direito, distribuição de renda, políticas de emprego, habitação, reforma agrária, educação, saúde física e mental, e que expõe as pessoas a uma situação de exclusão-inclusão social.

Desta forma, a violência estrutural deve ser considerada ao refletirmos sobre a problemática da violência intrafamiliar, principalmente, no processo de elaboração das políticas públicas nesta área.

Atualmente, em Portugal, a violência intrafamiliar aparece como um dos principais temas debatidos pelos políticos e pelos profissionais da área da saúde, educação, direito… O país está no processo de execução do IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica, este plano vêm norteando e orientando a elaboração e execução das políticas públicas do país nesse âmbito.

O Brasil não tem um Plano Nacional sobre esse assunto, mas a Constituição Federal do Brasil e duas Leis específicas norteiam as políticas públicas sobre essa problemática: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei que surge no intuito de criar instâncias, que possam atuar na proteção dos direitos da criança e adolescente e; a Lei Maria da Penha, lei que diz respeito aos direitos e proteção das mulheres contra as violências cometidas pelos seus companheiros. E a Constituição Federal proíbe todo e qualquer tipo de violência intrafamiliar seja contra criança, adolescente, mulheres, homens, idosos... A promulgação dessas Leis foi um dos resultados do avanço de ações políticas, sociais e legislativas contra a violência intrafamiliar, porém ainda observamos muitos desafios a serem enfrentados.

No âmbito da prevenção e intervenção, ambos os países, percebem a violência intrafamiliar como um problema inter e multidisciplinar que requer a ação de vários serviços relacionados a diferentes áreas do conhecimento como: Direito, Psicologia, Ciências Sociais, Serviço Social, Pedagogia entre outras. Diante disso, observa-se que os países estão

buscando organizar suas Redes de Proteção contra a Violência Intrafamiliar, compreendidas por instituições/serviços que atuam na prevenção e intervenção desta violência.

1.2- OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Em 2005, fui trabalhar num projeto com crianças e adolescentes em dois bairros da periferia de Arujá, onde o mapa da exclusão social apontava esses bairros como os de maior vulnerabilidade e risco social do município.

As histórias contadas pelas crianças e adolescentes estavam permeadas pela violência no bairro e na família. Eram histórias sobre as brigas das “bandas” (grupo de adolescentes), sobre os traficantes, sobre os policiais que bateram em adolescentes, sobre um corpo que acharam no beco, sobre os tiros que ouviram numa noite… Sem contar às histórias que algumas crianças ou adolescentes nos contavam sobre as suas vidas.

Difícil era não ficar apreensiva com toda essa realidade que parecia surreal para mim. Questionava-me sobre como essas pessoas conseguiam sobreviver e/ou viver em meio a essas violências intrafamiliar e social.

Diante de todas essas situações de risco e de vulnerabilidade pessoal e social, fui percebendo que as marcas de suas histórias eram profundas, difíceis de serem esquecidas e superadas por meio do percurso natural da vida.

As crianças, os adolescentes e suas famílias pediam ajuda, cada qual a sua maneira, para superar os traumas das suas experiências relacionais com intuito de conseguirem percorrer um caminho mais saudável e diferente daquele marcado pela sua história de violência.

Inicialmente, meu trabalho era nos Centros de Convivência da Criança e do Adolescente, que ofereciam atividades educativas em horário complementar à escola. Observava e ouvia muitas histórias de crianças e adolescentes e da própria família sobre a violência que existia em casa, seja do pai ou da mãe para com os filhos, seja do marido para com a mulher.

Mas não tínhamos trabalhos efetivos de prevenção e nem de intervenção contra a violência intrafamiliar, isso incomodava a equipe com quem eu trabalhava. Nesta época, 2005, já existia o Conselho Tutelar que realizava seu trabalho de fiscalizar, advertir os responsáveis e alguns casos eram enviados para Ministério Público, mas não havia um trabalho terapêutico e nem preventivo a este respeito.

No final de 2005, além da demanda municipal surge a demanda do Governo Federal para a implantação do Programa Sentinela por meio da Secretaria de Assistência Social. Esse Programa tem o objetivo de atender crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência intrafamiliar.

Eu e alguns colegas de trabalho iniciamos a implantação do Programa Sentinela no município de Arujá, cujo nome foi mudado para Programa Acolher.

Sem informações de como poderia se estruturar, organizar e funcionar um serviço com esse caráter fomos visitar alguns municípios vizinhos que já tinham implantado ou estavam implantando o programa.

Mas outra questão surgiu, será que só os atendimentos psicológicos individuais ou grupais poderiam contribuir para o processo terapêutico ou como Winnicott dizia que em alguns casos a intervenção tem que ser terapêutica tanto no consultório quanto nas instituições?

Neste sentido não bastava somente à intervenção do Programa Acolher, teríamos que trabalhar em conjunto com o Centro de Convivência da Criança e do Adolescente, no intuito de realizar um trabalho preventivo e de intervenção.

Dessa forma, uma das atividades do Programa Acolher era oferecer aos profissionais do Centro de Convivência um suporte técnico por meio das supervisões de casos e de conversas sobre a rotina institucional com base na teoria winnicottiana.

Mas a questão quanto à problemática continuou a borbulhar, pois fomos percebendo a necessidade do trabalho de outras instituições para lidar com o problema; por exemplo, o Conselho Tutelar, o Ministério Público, a polícia, os serviços de saúde, de educação, enfim, inúmeros eram os atores sociais que deveriam estar envolvidos.

No caso da violência fomos percebendo que era necessário o trabalho de inúmeras instituições, daí a importância de se trabalhar em uma rede interinstitucional. Acredito que esse é o grande desafio da maioria dos municípios brasileiros que trabalham com esta problemática.

No meio do desenvolvimento de minha tese tive a oportunidade de realizar um estágio de doutoramento em Coimbra/Portugal, durante o período de um ano, pude observar e participar da dinâmica institucional do Serviço de Violência Familiar de Coimbra e da Comissão de Protecção[23] de Crianças e Jovens de Coimbra bem como conhecer o trabalho da rede de serviços no âmbito da violência intrafamiliar. A partir dessa oportunidade reestruturei meu projeto de pesquisa, ou melhor, ampliei meu campo de pesquisa para além do Brasil.

Diante do exposto, o trabalho que apresentarei a seguir é parte da minha pesquisa de doutorado, a qual teve como objetivos: resgatar e comparar aspectos histórico, legislativo, populacional, político, cultural e social da violência intrafamiliar no Brasil e em Portugal e; investigar e analisar comparativamente o processo de intervenção adotado pelos serviços de Arujá/Brasil e Coimbra/Portugal no atendimento dos casos de pessoas que vivenciaram situações de violência intrafamiliar e, concomitamente, a essa análise, foi feita a análise do processo de constituição psíquica dessas pessoas.

A pesquisa de doutorado foi realizada por meio da observação participante nos seguintes serviços: Programa Acolher e Centro de Convivência da Criança e do Adolescente bem como observação da articulação desses serviços com outros serviços que compõem a Rede de Proteção de Arujá. Em Coimbra, a observação participante aconteceu no Serviço de Violência Intrafamiliar e na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens além de observar a articulação desses com outros serviços da Rede de Proteção de Coimbra. Outra estratégia adotada para realização dessa pesquisa foi o estudo de casos.

[23] Não modifiquei "protecção" para "proteção" com intuito de preservar o nome original da instituição. No português de Portugal, algumas palavras ainda preservam essa letra "c".

Em Arujá, como eu participava da supervisão dos casos de violência ou realizava os atendimentos psicológico, a recolha das informações foram feitas nesses momentos. Em Portugal, a recolha das informações foi feita com base: em documentos como os processos contendo a descrição dos casos; nas supervisões dos casos realizadas pelo coordenador do Serviço de Violência Familiar (SVF) e; nas conversas informais com os profissionais que atenderam os casos selecionados. Esses serviços foram escolhidos por atuarem terapeuticamente nos casos de violência intrafamiliar. Os casos de Arujá foram escolhidos, por terem sido amplamente discutidos e estudados pela equipe e, os de Coimbra, por indicação do Dr. João, co-orientador estrangeiro dessa tese.

Como este trabalho é parte da minha tese, o recorte aqui apresentado será sobre a organização e articulação das redes de proteção contra a violência intrafamiliar de Arujá/Brasil e Coimbra/Portugal.

REDES DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE ARUJÁ/BRASIL

A violência intrafamiliar é um problema que necessita do envolvimento de inúmeros serviços, fala-se, então, em redes de serviço contra a violência intrafamiliar.

No Brasil os serviços acionados, normalmente, são: conselho tutelar, polícia, ministério público, serviços de atendimento psicológico e de assistência social, entre outros.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também aponta para a necessidade de um trabalho articulado entre as diversas instâncias que desenvolvem ações diretas e indiretas em prol ao direito da criança e do adolescente. “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (artigo 86º do ECA).

Em 2005, foi realizado convênio entre a Secretaria de Assistência Social de Arujá e o Governo Federal para a implantação do Programa Sentinela, que no município passou a ser chamado de Acolher. O programa tem como objetivos específicos garantir os direitos

fundamentais das crianças, adolescentes e suas famílias; restabelecer o direito à convivência familiar e comunitária, em condições dignas de vida; acolher e atender no âmbito psicossocial as famílias vitimizadas e os agressores (quando possível); estabelecer e potencializar a rede de serviços contra a violência intrafamiliar e; contribuir para o fortalecimento de ações coletivas de enfrentamento da violência intrafamiliar.

Em 2006, com recursos repassados para o Programa Acolher, a Secretaria de Assistência Social realizou um estudo com o objetivo de realizar um diagnóstico do número de ocorrências e percepções de violência contra crianças e adolescentes nas instituições que trabalham com esse público, bem como identificar as intervenções adotadas por estas instituições.

Este estudo forneceu subsídios para a constituição da Rede de Proteção contra a Violência Intrafamiliar, assim como para formação e capacitação dos envolvidos direta e indiretamente nessa rede, e ainda subsidiar medidas e diretrizes para a reestruturação, fortalecimento e articulação intersetorial das políticas locais de apoio, atenção, prevenção e garantia dos direitos fundamentais das crianças, adolescentes e suas famílias.

Este diagnóstico identificou a necessidade de desenvolver procedimentos para registro e comunicação das ocorrências de violência entre as várias políticas públicas municipais, para que as informações sobre as sinalizações e sobre os primeiros atendimentos pudessem ser transmitidas com fidedignidade, preservando também a vítima de ter que recontar a ocorrência em diversos serviços. Identificou também a necessidade de capacitação, formação e supervisão para toda a Rede de Proteção contra a Violência Intrafamiliar, no intuito de uniformizar a linguagem da rede, facilitando a comunicação e potencializando a eficácia e a eficiência dos atendimentos.

Os problemas levantados e identificados pelo diagnóstico foram de natureza multidimensional. O enfrentamento não era possível através de ações de uma única política pública e/ou entidade assistencial; percebeu-se a necessidade de estratégias combinadas, através da articulação e constituição de uma “Rede de Proteção”, composta por políticas

públicas de assistência social, educação, saúde, esporte, cultura, recreação, lazer e por entidades da sociedade civil que atuam com essa problemática.

As políticas públicas deveriam elaborar um planejamento estratégico composto por programas e projetos que priorizassem as áreas de maior concentração de pobreza, exclusão social e vulnerabilidade, evitando ações isoladas e desarticuladas. “Importante é o registro de que todos devem trabalhar fortemente articulados e coordenados pelo poder público local, como gestor único” (Secretaria de Assistência Social de Arujá, 2008, p. 57).

Os resultados do diagnóstico foram apresentados pela Secretaria de Assistência Social para os serviços e instituições envolvidos com essa problemática, com o objetivo de iniciar um movimento de constituição da Rede de Proteção.

Nesse dia todos os profissionais presentes se comprometeram com o trabalho de constituição da Rede de Proteção e o passo seguinte foi o desenvolvimento dos fluxogramas que definiriam a fluência dos atendimentos setoriais para formalizar a articulação e o compartilhamento dos setores responsáveis pela percepção, denúncia, encaminhamento judicial, acolhimento/orientação, acompanhamento e atendimento dos casos.

Para consolidar esta fase dos trabalhos, foi eleita a Comissão Municipal de Prevenção e Combate à Violação dos Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente, ratificada pelo Prefeito Municipal através da Portaria Nº. 6.027 de 18 de dezembro de 2007.

A principal função da Comissão era consolidar os trabalhos de implementação da Rede de Proteção e integrar as ações dos diversos setores para garantir a preservação dos direitos fundamentais e combater as violações destes direitos. Compõe a comissão as instituições apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Rede de Proteção contra a Violência Intrafamiliar de Arujá

Abrigos: no município há dois abrigos, um que acolhe crianças e outro adolescentes.

Centro de Convivência da Criança e do Adolescente: oferece atividades de educação informal para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, num período complementar a escola.

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange a um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços sócio-assistenciais locais da política de assistência social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e o convívio sócio-familiar e comunitário (PNAS, 2004, p. 29).

Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS): Centro de atendimento e serviço de proteção social especial - modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (PNAS, 2004, p. 31).

Centro Municipal de Psicologia e Fonoaudiologia (CMPF): realiza atendimentos psicológico e fonoaudiológico para crianças e adolescentes e orientação para os pais.

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA): deve cumprir as funções definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como registrar e fiscalizar as entidades que trabalham com crianças e adolescentes; realizar diagnóstico e elaborar políticas públicas com base nas necessidades levantadas; divulgar e gerir o Fundo Municipal da Criança e do Adolescente.

Conselho Tutelar: deve cumprir as funções definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ministério Público: oferece ações da Promotoria da Infância e da Juventude.

Programa Acolher: realiza atendimentos psicológicos e de assistência social às famílias, crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar bem como de seus agressores. Este programa é executado pelo CREAS.

Secretaria Municipal de Saúde: oferece atendimento médico nas unidades de saúde.

Secretaria Municipal da Educação: encaminha para o Conselho Tutelar casos identificados nas escolas.

Secretaria Municipal de Esportes e Cultura: oferece diversas atividades esportivas em todos os ginásios do município, para qualquer idade.

Segurança Pública: disponibiliza a Guarda Municipal conforme necessidade do caso.

REDES DE PROTEÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE COIMBRA/PORTUGAL

Quando o assunto é violência intrafamiliar, já foi apontada a necessidade da intervenção de alguns serviços.

Em Portugal, especificadamente, Coimbra, realiza-se esse tipo de trabalho em rede que é referência no país. Vou apontar também algumas referências teóricas adotadas pela Rede de Coimbra.

Segundo Castells (2000), “rede social” é um conjunto de nós interconectados, sendo que esses nós podem ser pessoas, grupos, organizações. Os nós configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões.

No processo de prevenção e intervenção da violência intrafamiliar são envolvidos dois tipos de redes: a primária e a secundária.

Lacroix (1984) define a rede primária como sendo as relações interpessoais significativas do indivíduo, sua família nuclear e extensa, seus colegas, amigos, vizinhos, podendo até envolver instituições e organizações que frequentam e têm laços afetivos. E a rede secundária como sendo as redes de serviços, as instituições, as organizações, que surgem para atender as necessidades das redes primárias.

Em Coimbra, os serviços que atendiam os casos de violência intrafamiliar foram percebendo a necessidade de articulação com outros serviços e, de maneira informal, uma rede começava a ser tecida.

Um grupo de técnicos de diversos serviços começaram se articular para atender a demanda advinda dos casos violência. Dessa maneira, as relações entre os serviços foram se

fortalecendo dando origem ao "Grupo de Violência de Coimbra"[24], que formalizou a rede e suas ações por meio de um protocolo assinado por todas instituições envolvidas.

Redondo (2005) faz um reflexão sobre a constituição dessa rede e diz que "tal contexto tem possibilitado a "construção" de uma história comum e a emergência de uma rede com as características das Redes Secundárias não Formais, onde o relacionamento pessoal e interinstitucional, pautado por uma comunicação mais efectiva, tem contribuído para que uma das mais antigas obras da civilização, a arte de conversar, seja suficientemente estimulante para provocar o desejo do encontro e permitir, ao longo destes anos: elaborar espaços de suporte colectivo e de reforço mútuo, partilhar recursos, "descobrir" soluções para as dificuldades comuns, criar respostas mais adaptadas à realidade das necessidades específicas impostas pelos subsistemas em crise, definir e implementar estratégias que visam fundamentalmente poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida de quem sofre" (p. 1).

Essa rede está apresentada a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 – Rede de Proteção contra a Violência Intrafamiliar de Coimbra

SAÚDE

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC) – Serviço de Violência Familiar (SFV): esse serviço tem como objetivo dar respostas, ao longo do ciclo vital, às várias problemáticas da saúde mental associadas à violência intrafamiliar por meio dos atendimentos às vítimas, agressores e famílias, envolvendo por vezes as suas redes de suporte. A estratégia adotada pelo serviço é de intervenção multidisciplinar, multisectorial, sempre que necessário são envolvidas as redes de suporte dos atendidos. (Dr. João Redondo - psiquiatra).

Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)/ Serviço de Urgência (SU): identificar, intervir e encaminhar vítimas de violência intrafamiliar por meio do Programa ALERT e Triagem de Manchester.(Dra. Maria João Frade – neurocirurgiã)

[24] Os projetos e ações do grupo podem ser encontrados no site: *http://www.violencia.online.pt/*

Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC): órgão responsável pela execução da política de saúde para a Região Centro. (Dr. Fernando Gomes – médico de família e Dra. José Hespanha – médica de família)

Pedopsiquiatria: realiza atendimentos psicológicos e psiquiátricos às crianças e adolescentes. (Dra. Beatriz Pena – Pedopsiquiatra e Dra. Anabela Fazendeiro - Psicóloga)

Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT): Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM): é um órgão do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema. O INEM, através do Número Europeu de Emergência 112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica. (Dra. Sara Rosado - psicóloga)

SOCIAL

Centro de Acolhimento Temporário (CAT): o CAT oferece acolhimento para crianças ou adolescentes em situação de risco. Casa do Pai é um Centro de Acolhimento Temporário para Crianças em Risco. Tem capacidade para 12 crianças. Este abrigo está situado dentro da Fundação Bissaya Barreto. (Dra. Fátima Mota – Assistente Social)

Instituições Particulares de Solidariedade Social (**IPSS):** são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares. Prestadoras de serviço no âmbito da segurança social, saúde e educação.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV): organização sem fins lucrativos e de voluntariado. Objetivo é promover e contribuir para a informação, proteção e apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais através da prestação de serviços gratuitos e confidenciais. (Dra. Natália Cardoso – Advogada)

Progride: programa com objetivo de combater à pobreza e a exclusão social, financiado exclusivamente por verbas nacionais. Referenciado no Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI) 2003-2005.

Linha Nacional de Emergência Social – Linha 144 : Este serviço tem como objectivo dar uma resposta imediata a qualquer cidadão em situação de emergência social, tendo como grupos prioritários, vítimas de violência, sem abrigo, idosos e crianças abandonadas. Utilização gratuita e acessível a qualquer cidadão.

JUSTIÇA E SEGURANÇA

Departamento Central de Investigação e Ação Penal (DIAP): órgão que coordena e dirige investigação e previne a criminalidade violenta, altamente organizada ou de especial complexidade. (Dra. Paula Garcia – Procuradora da República)

Equipa multidisciplinar de apoio aos tribunais (EMAT): A Equipe de Apoio Técnico ao Tribunal de Família e Menores é uma equipa multidisciplinar de assessoria a esse Tribunal no âmbito dos Processos Judiciais de Promoção e Proteção.

Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS): é o serviço responsável pela definição e execução das políticas públicas da administração de prevenção criminal e de reinserção social de jovens e adultos, designadamente, pela promoção e execução de medidas tutelares educativas e medidas alternativas à prisão. Está sob a tutela do Secretário de Estado Adjunto e da Justiça.

Guarda Nacional Republicana (GNR): por meio do projeto Núcleo de investigação e apoio a vítimas específicas (NIAVE), desde 2002, realiza ação de prevenção, acompanhamento e investigação das situações de violência exercida sobre as mulheres, sobre as crianças e sobre outros grupos específicos de vítimas.

Polícia de Segurança Pública (PSP): garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos, nos termos da Constituição e da lei. (Manuel Jesus – chefe e Graça Tejo – agente)

Instituto Nacional de Medicina Legal (INML): é a instituição nacional de referência na área científica da medicina legal e de outras ciências forenses, desenvolvendo a sua missão pericial em estreita articulação funcional com as autoridades judiciárias e judiciais no âmbito

da administração da justiça, na observância das normas e dos princípios legais e éticos que asseguram o devido respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ): São instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e, preveni-los de situações, que afetam sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Esta instituição tem a mesma função do Conselho Tutelar no Brasil.

UNIVERSIDADE

Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação: supervisionar casos, contribuir com a formação da rede de serviços, realizar avaliações psicológicas para o Tribunal Família de Menores (Dra. Madalena Alarcão)

Obs: devem também fazer parte da rede as famílias, as escolas e a mídia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado no decorrer da pesquisa e por meio de estudos de caso, que em **Arujá** há sérios problemas na comunicação entre os serviços da rede de proteção, por exemplo, em um dos casos analisados uma criança saiu do abrigo sem ter sido feita nenhuma avaliação ou conversa com os serviços envolvidos antes do desabrigamento, interrompendo o processo de intervenção no abrigo. Ainda bem que este caso já havia sendo acompanhado há cerca de quatro anos, e durante esse período a criança pôde vivenciar momentos fundamentais para o seu amadurecimento. Acreditamos que a interrupção não tenha sido tão brusca porque o processo terapêutico continuou acontecendo no Centro de Convivência, mas essa interrupção poderia ter causado graves danos no processo de amadurecimento da criança e daí a preocupação em termos no município uma Rede de Proteção, que não revitimize, mas cuide eticamente.

Acredito que a postura dos agentes cuidadores somente será ética quando houver equilíbrio na implicação e no distanciamento na ação de cuidar, revelando a relação saudável que o agente cuidador estabelece com o outro (Figueiredo, 2009). Quando não houver *hipocrisia profissional,* termo usado por Firenzci (1933/1988) ao criticar o papel do analista (agente cuidador) que recebe o paciente de maneira onipotente e acaba por atuar de forma a reparar suas fantasias inconscientes. E quando houver distribuição das responsabilidades (Winnicott e Britton, 1947/1999) entre os profissionais da rede de proteção.

Quanto aos funcionários do Centro de Convivência e do Abrigo e dos técnicos do Programa Acolher, eles perceberam que algumas crianças precisavam de um espaço potencial para que pudessem vivenciar momentos que não puderam experenciar no decorrer do seu processo de amadurecimento.

Espaço potencial no sentido de que algumas crianças precisavam de um ambiente “suficientemente bom”, um ambiente estável, em que ela se sentisse protegida e segura, para poder reviver momentos que foram falhos em seu desenvolvimento.

Portanto, percebeu-se falhas na articulação de alguns serviços da rede de proteção de Arujá, mas também observou-se uma boa comunicação e articulação do Centro de Convivência da Criança e do Adolescente, do Abrigo e do Programa Acolher que conseguiram atuar de maneira ética e terapêutica, intervindo na minimização da violência intrafamiliar e na constituição de espaços terapêuticos, que possibilitassem a continuidade do processo de amadurecimento das famílias em situação de violência.

Em Coimbra, observou-se, por meio do estudo de alguns casos, que a articulação da rede de serviços foi fundamental para o término da violência intrafamiliar em algumas famílias.

As estratégias adotadas pela rede de serviços que envolviam a CPCJ, SVF, Escola, Tribunal foram eficazes e eficientes na solução do problema. É importante enfocar que as estratégias são pensadas e discutidas nas reuniões com os diversos serviços, onde são expostas as limitações e potencialidades dos serviços para lidar com o problema apresentado.

Nesses espaços de conversa, os técnicos expõem seus pareceres sobre o caso, apontam para suas dificuldades e nessa troca se fortalecem, pois não é uma pessoa ou um serviço tentando resolver o problema, mas sim alguns serviços e algumas pessoas trabalhando para isso.

Dessa maneira, resolve-se o problema da sensação de impotência e incapacidade apontada por muitos profissionais que trabalham na área da violência intrafamiliar. Mas, realmente, se o serviço ou o técnico não tiver como articular com outros serviços ficam isolados, sem ter com quem compartilhar o problema, aumentando as dificuldades e as limitações.

Winnicott e Britton (1947/1999) já falavam da importância da distribuição do peso da responsabilidade ao referirem-se sobre o trabalho dos técnicos nos alojamentos, lares primários. Essa preocupação com o trabalho dos técnicos também deve existir na área da violência intrafamiliar. Uma alternativa é o trabalho em rede, mas como Winnicott lembra bem, os técnicos só estarão disponíveis e tranquilos para desenvolverem seus trabalhos se sentir segurança e confiar no trabalho dos outros técnicos envolvidos nessa rede.

Portanto, a confiança e a proximidade entre os técnicos que trabalham em rede é um fator fundamental para que a engrenagem funcione.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castells, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

Constituição Federal da República do Brasil de 1988. Acessado em 06 de agosto de 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Versão alterada pela lei 12.010 de 03 de agosto de 2009. Acessado em 06 de agosto de 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

Ferenczi, Sandor. (1933). Confusão de língua entre os adultos e as crianças. In: Ferenczi, Sandor. *Escritos psicanalítico 1909-1933.* Rio de Janeiro: Taurus editora.

Lacroix, Jean-Luc (1990). *L'individu, sa famille et son réseau: les therápies familiales systémiques*. Paris: ESF.

Lei Maria da Penha. Lei n.º 11.340 de 7 de agosto de 2006. Acessado em 06 de agosto de 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). *Plano Nacional de Assistência Social*. Brasília: Autor. Acessado em 20 de abril de 2010, de http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000877.pdf

Redondo, João. (2005). *Grupo de violência: informação, investigação, intervenção. Breve reflexão, avaliação do trabalho realizado.* Acessado em 28 de novembro de 2010, de http://www.violencia.online.pt/docs/ACTIVIDADES_GRUPO.pdf

Resolução do Conselho de Ministros de 25 de novembro de 2010. IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013). Acessado em 10 de janeiro de 2011, de http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Noticias/Pages/20101125_Not_CM_Violencia_Domestica.aspx

Secretaria de Assistência Social de Arujá. (2008). *Prevenção e combate à violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente*.

Shrader & Sagot. (1998). *Violência Intrafamiliar.* Organizacion Panamericana de la Salud.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2007). *Situação mundial da infância 2007.* São Paulo: B&C Revisão de Textos. Acessado em 21 de julho de 2011, de http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc07.pdf

Winnicott, D. W.; Britton, Clare. (1999). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: D. W. Winnicott, *Privação e delinqüência.* (p. 59-86). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1947).

MESA:

VIDEO CONFERÊNCIA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRABALHO EM REDE-

PROPOSTAS DE COIMBRA

VIOLÊNCIA FAMILIAR / ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: DA LEITURA E COMPREENSÃO Á INTERVENÇÃO EM REDE[25].

Notas breves sobre o trabalho desenvolvido na região de Coimbra – PORTUGAL pelo Grupo Violência: Informação: Investigação, Intervenção, pelo Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra e pelo Grupo Violência e Escola.

João Redondo

1. Violência: conceito e classificação

"O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Numa escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade (…) oprime-nos com o seu legado de destruição em massa, de violência imposta (…) Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, das mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, das pessoas idosas maltratadas pelos cuidadores, dos jovens oprimidos por outros jovens e das pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias" (Nelson Mandela, 2002)[26].

A OMS, referindo-se à estimativa global de mortes relacionadas à violência em 2000 (Krug *et al*. 2002), afirma que no mundo todos os dias, mais de 4000 pessoas morrem como consequência da violência: aproximadamente 2300 às suas próprias mãos, acima de 1500 na sequência de lesões traumáticas infligidas por outra pessoa, e acima de 400 como resultado da guerra ou outra forma de violência colectiva. Percentualmente poderemos afirmar que

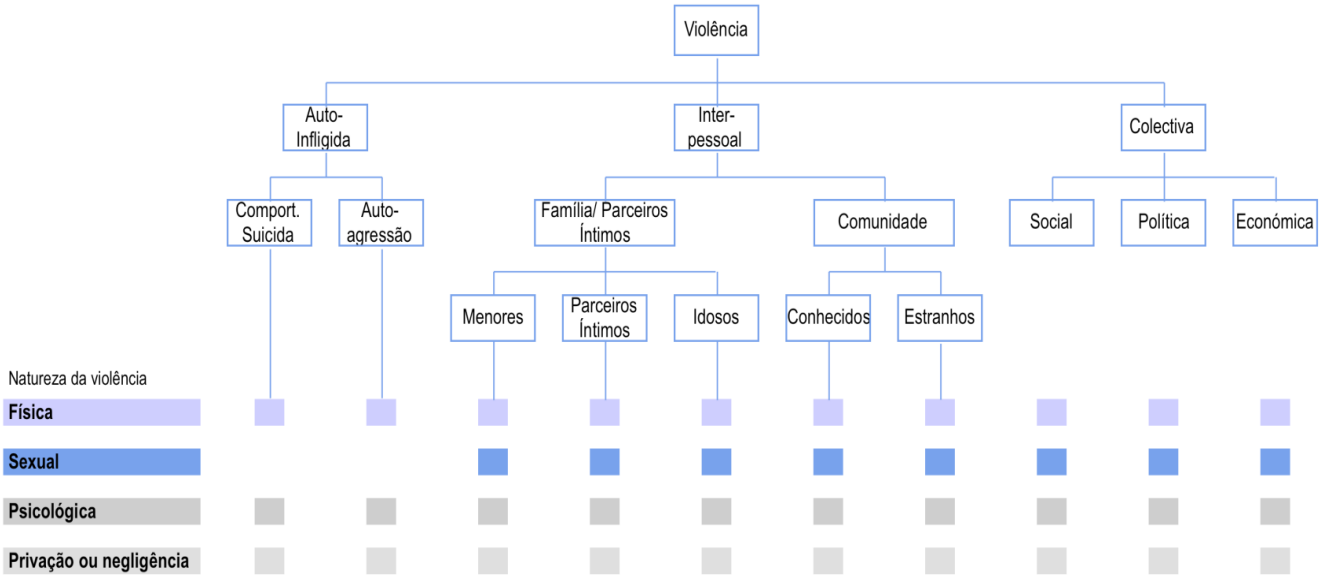
[25] Resumo referente à participação (video-conferência) na IX Jornada APOIAR: *"Violência doméstica e trabalho em rede. Compartilhando experiências: BRASIL, ARGENTINA, CHILE E PORTUGAL"*, em 18 de Novembro 2011 - Instituto de Psicologia da USP.

[26] Preâmbulo do "Relatório mundial sobre violência e saúde". Organização Mundial de Saúde (Krug *et al*. 2002)

49,1% das mortes violentas estão associadas ao suicídio, 31,3% ao homicídio e 18,6% estão relacionadas com as guerras.

Na sequência das recomendações da 49ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA49.25, 1996), que assinalou a violência como um problema de saúde pública prioritário que urge ser prevenido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou em 2002 o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Neste documento define a violência como o "uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de acto ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação" (Krug *et al.* 2002. p. 5). Relativamente à sua tipologia, classifica a violência em auto-infligida, interpessoal e colectiva.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



Fonte: Adaptado do Relatório mundial sobre saúde e violência (Krug *et al.* 2002)

Tal classificação procura captar o cenário subjacente à acção, a relação entre agressor e vítima e no caso da violência colectiva, as possíveis motivações para a violência.

É preciso ter em conta que, na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos/ natureza da violência nem sempre são claras, uma vez que a maior parte das vezes elas coexistem numa mesma situação. Fica também claro que, de acordo com esta definição, a violência doméstica[27] contra os homens, bem como a violência entre casais homossexuais, a violência no namoro, ou sobre os idosos, incluem-se naquela que é denominada "violência familiar/ entre parceiros íntimos". Pensamos que esta terminologia e as subcategorias associadas, pela sua abrangência, contribuem para uma melhor percepção da complexidade do problema e, entre outros aspectos, permitem à investigação uma caracterização mais precisa da população em estudo.

2. Violência familiar/ entre parceiros íntimos: Impacto na saúde e qualidade de vida

Atingindo, fundamentalmente, crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, constitui uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e o exercício de tais direitos e liberdades. Acontece em todos os sectores da sociedade, ao longo do ciclo vital, sem distinção de classe social, grupo racial, nível económico, educacional ou religião.

Uma das formas mais comuns de violência é a que acontece no contexto da intimidade exercida pelo marido ou pelo companheiro do sexo masculino (Krug *et al*., 2002). Constitui um problema social e de saúde pública significativo que afecta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socio-económicos e culturais.

A OMS afirma: "ocorre violência doméstica em todas as regiões do mundo e as mulheres arcam com a maior parte da sua carga (…) a prevalência de violência doméstica durante a vida de uma mulher situa-se entre 16% e 50% (…) uma em cada cinco mulheres sofre estupro ou tentativa de estupro durante a sua vida" (OMS, 2001, p. 42).

27 É de registar que o termo "violência doméstica" é o mais comummente utilizado na sociedade civil, bem como no código penal português. Este é um termo fortemente conotado com a "violência contra as mulheres no espaço doméstico", identificada pelo movimento feminista no final dos anos 60 e por isso consideramos que poderá contribuir para a invisibilidade de outras formas e direcções de violência que ocorrem nos contextos de intimidade.

Segundo dados referenciados pela Amnistia Internacional[28] "Pelo menos uma em cada três mulheres, ou um total de um bilião, foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais, ou abusadas de uma forma, ou outra, nas suas vidas. Normalmente, o abusador é um membro da sua própria família ou alguém conhecido (Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. 1999)". Estudos realizados em vários países mostram que 40 a 70% das mulheres vítimas de assassinato foram mortas pelos seus maridos ou namorados (Krug *et al*., 2002). Os homens estão, em geral, mais expostos a sofrer violência *às mãos* de um desconhecido ou conhecido, fora do seu círculo íntimo de relações (Krug *et al*., 2002).

CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS *(sobre a saúde da mulher)*

Adaptado de Krug e colaboradores. 2002, pág. 101)

Físicas Lesões abdominais e toráxicas; Contusões e edemas; Síndrome de dor crónica; Invalidez; Fibromialgia; Fracturas; Distúrbios gastrointestinais; Síndrome do cólon irritável; Lacerações e abrasões; Lesões oculares; Limitações físicas.	**Psicológicas e comportamentais** Alcoolismo; Consumo de drogas; Depressão e ansiedade; Distúrbios alimentares e do sono; Sentimentos de vergonha e de culpa; Fobias; Perturbação de pânico; Inactividade física; Baixa auto-estima; Perturbação de stress pós-traumático; Perturbações psicossomáticas; Tabagismo; Comportamento suicida e de auto-agressão; Comportamento sexual de risco.
Sexuais e reprodutivas Perturbações do foro ginecológico; Esterilidade; Doença inflamatória pélvica; Complicações na gravidez, aborto espontâneo; Disfunção sexual;	**Consequências mortais** Mortalidade relacionada com a SIDA; Mortalidade materna; Homicídio; Suicídio.

[28] Ler mais em "Estatísticas Internacionais da Violência Contra as Mulheres. Campanha: Acabar com a violência sobre as Mulheres, a decorrer até 2006" (Aministia Internacional).

Doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA; Aborto realizado em condições de risco; Gravidez indesejada.	

QUADRO 1

Embora a violência entre parceiros íntimos possa ter consequências directas ao nível da saúde das vítimas, como é o caso das lesões traumáticas[29], ser vítima de violência pode ser considerado também um factor de risco para uma variedade de doenças a curto e a longo prazo, representando um forte contributo para o adoecer, como podemos ver no QUADRO 1.
A investigação efectuada na área das consequências da violência na saúde (Krug *et al*., 2002) permitiu concluir que: (a) os efeitos da violência podem persistir muito tempo após esta ter cessado; (b) quanto mais severo é o grau de violência, maior é o impacto na saúde física e mental da mulher; (c) o impacto ao longo do tempo, de diferentes tipos de violência e de vários episódios, parece ter um "efeito" cumulativo. Vários estudos sublinham que as mulheres que sofreram violência física ou abuso sexual na infância (comparativamente às que não sofreram), apresentam em adultas uma saúde mais precária (Krug *et al*., 2002, pp. 100-101). Para Roberts e colab. (2006) o impacto da violência é tal (o da violência psicológica em especial) que, do ponto da vista da saúde, a violência em contextos de intimidade pode melhor ser compreendida se a "olharmos" como uma síndrome crónica.

O mesmo poderemos afirmar, quando falamos de violência entre casais homosexuais, onde, segundo o "National Coalition of Anti-Violence Programs. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Domestic Violence In The United States" (2006)[30], é previsível que a violência doméstica (VD) ocorra em percentagem semelhante à dos casais hererossexuais, isto é, em cada quatro casais existe violência num deles. À semelhança dos casais heterossexuais a

[29] De registar que 40% a 72% de todas as mulheres que sofrem violência física de um parceiro são feridas, em algum momento da sua vida (Krug *et al*., 2002)

[30] http://www.ncavp.org/media/MediaReleaseDetail.aspx?p=2310&d=2434

vítima experiencia, ao nível da natureza da violência, um padrão semelhante de abuso, embora a outros níveis se registem diferenças. Ser vítima de violência neste contexto poderá mais facilmente estar associado a dificuldades em encontrar apoio externo, tanto a nível da família origem/ alargada, quanto a nível institucional, situação agravada pela falta de treino e experiência por parte dos técnicos para lidar com a problemática da violência em contexto de intimidade, entre casais homossexuais. Tais dificuldades, associadas ao preconceito internalizado da parte da vítima, relativamente à homossexualidade, condicionam ainda mais o isolamento e a vitimização, provocando, entre outras problemáticas: depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, medo, desconfiança, insegurança, vergonha, isolamento social, dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool/ drogas, distúrbios alimentares, comportamento ou ideação suicida, etc. De registar que as vítimas que apresentam HIV+, tendo mais "barreiras"[31] que restringem a saída da relação, têm maior risco de serem agredidas, física e psicologicamente.

Cada vez mais, é dada atenção às relações existentes entre as situações de violência no casal, os maus tratos na criança e o impacto dos mesmos, a curto e longo prazo. A criança exposta, directa e/ ou indirectamente, à violência familiar tem um risco aumentado na adolescência e em adulto de:

- sofrer de problemas emocionais e comportamentais (exs.: perturbações da conduta, terrores nocturnos, abuso de álcool, consumo de drogas, depressão e ansiedade, perturbações do sono, perturbações alimentares, sentimentos de vergonha e culpa, hiperactividade, performance escolar deficitária, baixa auto-estima, perturbação de stress pós-traumático, distúrbios psicossomáticos, tentativas de suicídio/ suicídio, automutilação, queixas físicas ligadas à saúde);
- apresentar um padrão de agressividade crescente nas suas relações familiares, escolares e sociais;
- poder vir a tornar-se abusiva nas suas relações íntimas em adulta.

[31] A título de exemplo: dependência de cuidados por parte do parceiro, medo de enfrentar a doença e o futuro sózinhos, medo de namorar/ encontrar outro parceiro.

Nas relações de namoro cerca de 28% dos homens e mulheres, em algum momento das suas vidas, terão estado ou estarão inseridos numa relação de namoro que envolve actos de violência, sendo que a ocorrência destes actos abusivos é mais provável em relações afectivas mais duradouras e em que existe cohabitação (Caridade & Machado, 2006). A violência no namoro pode ter um efeito negativo sobre a saúde ao longo da vida destes jovens. Adolescentes, vítimas de violência têm uma maior probabilidade, entre outras problemáticas, de virem a sofrer de depressão (com ideias de suicídio), apresentarem insucesso escolar, maior risco de consumo de álcool e/ ou drogas, maior propensão para sofrerem distúrbios alimentares, maior risco de vitimização posterior (CDC, 2010) e stress pós-traumático (Callahan *et al.,* 2003).

A violência contra os idosos[32], ao nível da família, tem vindo a ser cada vez mais reportada. A desresponsabilização familiar pelos cuidados de saúde que mantêm e preservam a sua sobrevivência, o autoritarismo e a apropriação abusiva dos seus bens, são exemplos de uma violência que, embora mais simbólica e psicológica, do que física, é marcante e "destrutiva". Conforme refere Ferreira Alves (2008) o comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), propõe sete tipos de abuso para idosos não institucionalizados: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, exploração material ou financeira, abandono, negligência e auto-negligência. Conforme é referido pela OMS (Krug *et al*., 2002), estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram que comparativamente aos seus pares que não sofreram abuso, há algumas evidências que reforçam a ideia de que um grande número de idosos vítimas de maus tratos sofre, entre outras problemáticas, de depressão, de perturbações da ansiedade (incluindo o stress pós-traumático), de sentimentos de desamparo, culpa, vergonha e medo. Um estudo realizado nos Estados Unidos por Lachs e colaboradores (1998 apud Krug *et al*., 2002, p. 145) demonstrou

[32] Segundo a "Action on Elder Abuse" (AEA, 1995) entende-se por abuso contra a pessoa idosa "qualquer acto, isolado ou repetido ou a ausência de acção apropriada que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa" (WHO/INPEA, 2002. p. 3). Esta definição foi também adoptada pela "International Network for the Prevention of Elder Abuse" (INPEA), pela OMS e assumida pela ONU em 2002, através da assinatura da Declaração de Toronto, pelos países membros.

que os maus-tratos causam stress interpessoal extremo que pode representar um risco adicional de morte. Em Portugal, segundo um estudo da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS)[33], entre 1996 e 1999 registaram-se cerca de 540 suicídios por ano, sendo que metade foram cometidos por pessoas com mais de 60 anos. Falamos de uma perturbação multidimensional, associada a uma interacção complexa entre múltiplos factores, onde sem dúvida a violência, a exclusão e a solidão representam problemáticas a ter em conta na leitura e compreensão destes números.

3. Violência familiar/ entre parceiros íntimos: Custo económicos e sociais

Não se pode calcular, ao nível do sofrimento e da dor, o custo humano da violência, pois muito deste custo é invisível. A violência familiar/ entre parceiros íntimos está associada a considerável sofrimento, a consequências negativas para a saúde, a perturbação do funcionamento familiar, a isolamento social, a menor produtividade, a desemprego, a estigma social e a custos acrescidos com a saúde. Para o leitor ter uma ideia aproximada sobre os custos económicos associados ao impacto da violência interpessoal poderá consultar, entre outros documentos, a publicação da OMS "The economic dimensions of interpersonal violence" (Waters *et al*., 2004), onde encontrará também informação sobre indicadores directos e indirectos, relacionados com esta matéria e informação relativa ao impacto da prevenção, em termos económicos — dados que concerteza ajudarão a reforçar, ainda mais, a importância de um maior investimento a nível das políticas sociais desenvolvidas para prevenir a violência interpessoal

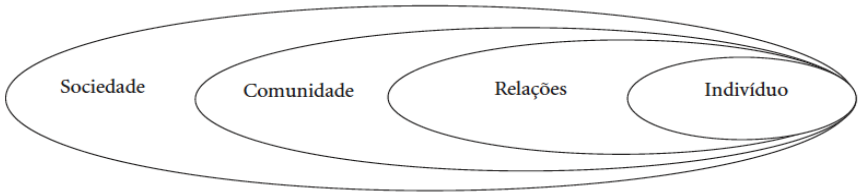
4. Violência familiar/ entre parceiros íntimos: Que modelo(s) de leitura e qual o seu impacto na definição da intervenção?

O movimento feminista, nos anos 70, contribuiu fortemente para tornar visível o invisível, para desnaturalizar e desnormalizar a violência que ocorria nas famílias, apontando para factores sociais como a desigualdade de género e a desigualdade de poder entre gerações, para explicá-la. A par com este modelo mais sociológico/ feminista, foi-se desenvolvendo também

[33] http://www.spsuicidologia.pt

um modelo clínico assente nos princípios dos sistemas familiares. Este acentua a importância da comunicação e das dinâmicas relacionais dentro da família. Outros modelos mais clínicos, focalizam-se nas variáveis individuais/ psicopatologia associadas aos actores da violência. O debate entre estas diferentes perspectivas tem alimentado a literatura e a pesquisa.

Procurando integrar todas estas variáveis, a OMS (Krug *et al*., 2002) propõe o modelo ecológico na "leitura" e compreensão da violência, nas suas múltiplas facetas. Inicialmente aplicado aos maus-tratos da criança (final da década de 70) e posteriormente à violência juvenil, foi mais recentemente aplicado á problemática da violência entre parceiros íntimos e aos maus tratos a idosos.



MODELO ECOLÓGICO
(Fonte: Krug et al., eds., 2002)

Explorando a relação entre os factores individuais e contextuais e considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este esquema permite-nos pensar nos múltiplos factores de risco associados a cada situação e nas múltiplas áreas de intervenção, necessárias para fazer face à violência.

Conforme refere a OMS (Krug *et al*., 2002. p. 13) "a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interacção dos factores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e económico".

Orientados por este modelo, a intervenção deverá ser multi-nível, articulada e complementar, com vista à prevenção primária, secundária e terciária da violência. As associações entre a violência e os factores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e económicos sugerem que direccionando as respostas aos factores de risco nos diversos níveis do modelo ecológico é possível também contribuir para a redução de mais de um tipo de violência. A fim

de passar do problema para a solução a OMS recomenda as seguintes linhas de trabalho (Krug *et al.,* 2002):

- Investir e avaliar intervenções que pareçam promissoras, determinar a relação custo/ efectividade dos programas e divulgar informações. Abordagens promissoras são aquelas que foram avaliadas;
- Prevenir a ocorrência de violência, através de abordagens que visam públicos-alvo considerados potencialmente em maior risco: crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência;
- Criar respostas em rede dirigidas aos "actores" sociais envolvidos em situações de violência;
- A longo prazo investir na reabilitação e reintegração das vítimas;
- A colecta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência a par com investigação das causas e dos factores relacionados à violência.

5. Violência interpessoal[34]: Que respostas? *Notas breves sobre o trabalho em rede desenvolvido na região de Coimbra.*

"A violência não deixa incólume nenhum continente, nenhum país, e apenas algumas poucas comunidades conseguem escapar a ela. Mas, mesmo estando presente em todos os lugares, a violência não é parte inevitável da condição humana, nem tão pouco um problema intratável da vida moderna, que não possa ser superado pela determinação e engenho do ser humano" (Krug *et al.,* 2002). Diferentes tipos de violência partilham factores de risco e estratégias de prevenção comuns.

Nas situações associadas à violência, a Organização Mundial de Saúde (Krug *et al.,* 2002) salienta que "Na maioria das sociedades modernas, até há bem pouco tempo a responsabilidade de remediar ou conter a violência recaía sobre o sistema judicial, a polícia (...) e, em alguns casos, sobre as forças armadas. Ao sector da saúde (...) foi relegado o

[34] Ver classificação das violências pela OMS (Krug *et al.,* 2002). O trabalho em rede aqui referenciado está fundamentalmente associado à violência familiar/ entre parceiros íntimos.

papel de prestar assistência (…) quando as vítimas de violência procuravam tratamento". Segundo o mesmo documento da OMS, "o sector da saúde tem potencial para adoptar um papel muito mais proactivo na prevenção contra a violência - preferencialmente, em cooperação com outros sectores (…) chegou a hora de uma acção mais decisiva e coordenada (...). Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do sector de saúde".

5.1. Princípios orientadores

A emergência da violência num contexto de intimidade — espaço que deveria representar amor, segurança, compreensão, tolerância e realização pessoal — conduz inevitavelmente ao obscurecimento dos princípios básicos da justiça e da igualdade, ao desrespeito pelos valores do fortalecimento da democracia social e dos direitos humanos fundamentais.

Falamos de:

- significações, relações e contextos, onde há agressores e vítimas, que, a curto e a longo prazo, serão ambos *vítimas* inevitáveis da violência;
- como procurar compreender a sua génese e das repercussões desta problemática, no bem-estar daqueles que "apanhados" neste ciclo, sofrem humilhação e violência, dias após dias, semanas após semanas, durante muitos anos;
- um problema de Saúde Pública — com sérias implicações para a saúde e desenvolvimento, psicológico e social, dos indivíduos, das famílias, das comunidades e dos países — que podemos prevenir.

Falamos de uma problemática onde:

- a questão não se pode colocar dicotomicamente entre "bons e maus" ou entre "culpados "e inocentes";
- as leituras lineares e causalistas aumentam a ineficácia das intervenções;
- é fundamental uma visão integrada e integradora nas estratégias adoptadas e a adoptar;

Falamos necessariamente da implementação de estratégias de intervenção centradas numa perspectiva multidisciplinar e multissectorial, associadas a um tempo de partilha, onde é importante que:

- todos saibam de tudo
- todos tenham igual responsabilidade e
- todos assegurem a transparência.

Falamos da intervenção em rede: estratégia capaz, entre outros aspectos, de romper o isolamento das pessoas e das organizações, evitar a duplicação de acções/ prevenir a revitimização e viabilizar a realização de actividades integradas.

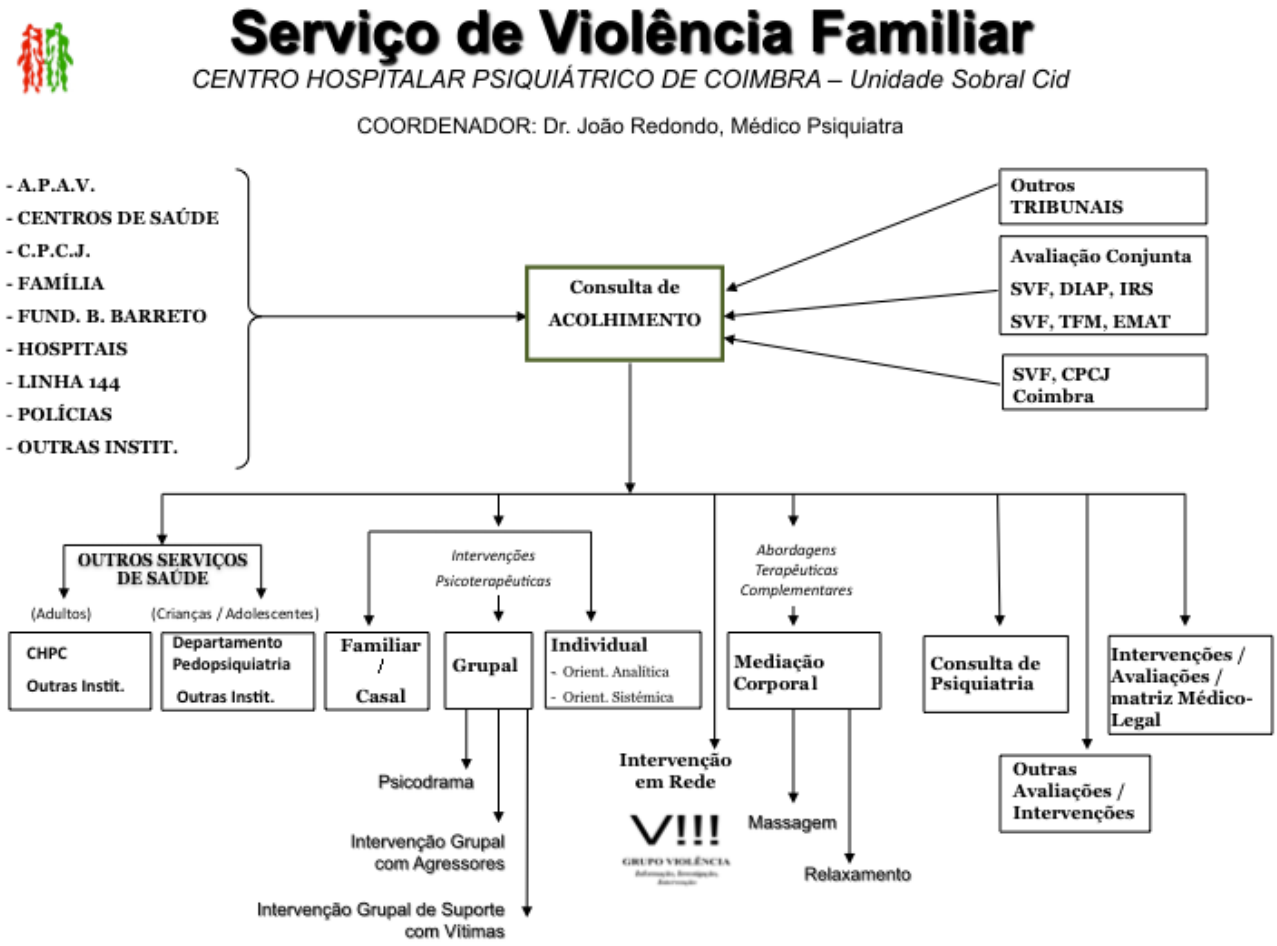
5.2. O Grupo Violência: Informação, Investigação e Intervenção (Grupo V!!!)

Partindo destes princípios nasce formalmente em Coimbra, em 2002, o "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção"[35]. Resultando da convergência de um grupo multidisciplinar e multisectorial de técnicos, tem possibilitado a "construção" de uma história comum e a emergência de uma rede, com as características das redes secundárias não formais.

Ao longo destes anos tem permitido elaborar espaços de suporte colectivo e de reforço mútuo, partilhar recursos, descobrir soluções para as dificuldades comuns, criar respostas mais adaptadas à às necessidades e definir e implementar estratégias que visam fundamentalmente poder contribuir para a prevenção da violência e para a melhoria da qualidade de vida de quem a sofre.

[35] Em 2011 integram o Grupo V!!! as seguintes instituições: Administração Regional de Saúde do Centro; Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra; Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC); Serviço de Urgência do Hospital Geral do CHC; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra; Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal; Departamento de Investigação e Acção Penal Coimbra; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra – APAV; Guarda Nacional Republicana – Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica; Polícia de Segurança Pública de Coimbra. (www.violencia.online.pt)

5.3. O Serviço de Violência Familiar (SVF) do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra



Por influência do Grupo V!!! e visando contribuir para a implementação de estratégias que permitissem tornar o sistema prestador de cuidados mais eficiente e de maior qualidade, nasceu em 2005 na Unidade Sobral Cid, do actual Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), o Serviço de Violência Familiar (SVF). Este serviço tem como objectivos fundamentais, a par com a prevenção da violência familiar/ entre parceiros íntimos, dar resposta ao longo do ciclo vital, às várias problemáticas da saúde mental associadas à violência. Dirige a sua actividade a vítimas, agressores e famílias/ redes de suporte. Defende uma estratégia de intervenção multidisciplinar, multissectorial e em rede.

Duas breves notas relativamente aos programas de intervenção com vítimas e agressores adoptadas pelo Serviço de Violência Familiar:

5.3.1. Programa de Intervenção com Vítimas

A intervenção com as vítimas (tal como com os agressores) assenta em estratégias que, de acordo com características de cada indivíduo/ situação, privilegiam uma matriz individual, ou de casal / familiar, ou em grupo, ou de rede. A par com a intervenção com vítimas, o serviço assegura em simultâneo — quando existem condições para tal — a intervenção com o agressor. Ao longo de todo o processo terapêutico consideramos fundamental a avaliação contínua, envolvendo (quando considerado necessário) para além da equipa do SVF e dos "actores" associados á situação de violência, as suas redes de suporte, primárias e de serviços.

Exemplificando: após a avaliação na Consulta de Acolhimento no SVF a vítima foi encaminhada para a Consulta de Psiquiatria e Psicodrama Moreniano grupal e o agressor frequenta a Intervenção Grupal para Agressores. No exterior poderão ambos estar a ser apoiados pela Unidade de Saúde dos Cuidados Primários e o agressor pela Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS), da sua área geográfica de residência. Eventualmente, no caso de existirem crianças, poderão também estar envolvidos a Comissão de Protecção e Jovens (CPCJ) e / ou o Departamento de Pedopsiquiatria e/ ou a Escola. Com periodicidade e indicadores definidos previamente, aquando da implementação inicial do programa, a rede avalia sobre o cumprimento das estratégias e medidas definidas, redefinindo-as sempre que necessário.

5.3.2. Programa de Intervenção com Agressores

Se existe hoje uma consciência alargada sobre a necessidade de denunciar as situações de violência doméstica e de apoiar as vítimas de violência, é necessário compreender também que, dada a natureza deste fenómeno e as características psicossociais dos agressores, uma das formas de proteger as vítimas e de prevenir futuras vitimações é, precisamente, favorecer

a mudança nos agressores no sentido de um comportamento relacional, actual e futuro, não violento.

Tendo como objectivos principais a definição de estratégias que possam ter como alvo as características identificadas no agressor, diminuir a reincidência e aumentar a segurança d@s parceir@s, a investigação tem tentado definir perfis/ tipologias relativamente aos agressores, como por exemplo a de Holtzworth-Munroe & Stuart (1994)[36], uma das mais conhecidas. Na prática, o que poderemos afirmar é que os agressores não são um grupo homogéneo. Na sua maioria, à luz do actual conhecimento, o comportamento violento associado à violência entre parceiros íntimos, não tem necessariamente subjacente uma perturbação psiquiátrica que, poderíamos acrescentar, à luz da nossa experiência no SVF, incapacite o agressor para avaliar a ilicitude dos seus actos e para se determinar de acordo com essa avaliação.

No Serviço de Violência Familiar, procurámos na definição da organização e implementação do nosso programa para agressores ter em conta os seguintes aspectos: (a) Objectivos e estrutura bem definidos; (b) Avaliação aprofundada do agressor e do contexto em que ocorre a agressão; (c) Critérios de admissão claros; (d) Ênfase na motivação, empenho e fiabilidade do agressor, no que diz respeito à sua forma de encarar o problema e de participar no programa; (e) Avaliação contínua da intervenção (já referenciada no ponto anterior).

Visando motivar o agressor a investir na adopção de atitudes/ comportamentos com vista a um novo nível interaccional/ relacional — onde a igualdade e o respeito pelo outro pontuem a comunicação na família e/ ou na sua relação com os outros — defendemos no SVF que o "problema" do agressor não está no poder ou força que ele tem, mas sim no modo como ele usa o seu poder e a força para controlar e dominar a vítima. Na nossa perspectiva a "chave" na definição da intervenção terapêutica não está pois em retirar-lhe o poder e a força que ele possa ter, mas sim em ajudá-lo a gerir adequadamente esse poder. Neste enquadramento sublinhamos que é importante, relativamente às intervenções com agressores, defender:

- um posicionamento de ajuda no sentido terapêutico ao invés de uma postura didáctica;

[36] Outras referências: Buzawa, Hoteling, & Klien, 1998; Gondolf, 1988; Johnson, 1995; Kantor & Jasinski, 1998; Shields, McCall & Hanneke, 1988; Straus, 1996)

- a adopção pelo terapeuta, em relação ao agressor(@), de uma postura e atitude empática, em oposição a uma postura/ atitude de confronto;
- a definição/ implementação de estratégias terapêuticas capazes de ajudarem a promover: (a) uma maior "proximidade" com os pensamentos, sentimentos, motivações, condutas e relações; (b) a melhoraria da compreensão das situações do "ponto de vista" do outro; (c) a investigação e a descoberta de novas respostas e comportamento mais funcionais; (d) o ensaio das novas "descobertas" no "aqui e agora", num "como se"; (e) a emergência de outros "enfoques" da experiência humana;
- uma intervenção terapêutica que privilegie uma abordagem idiográfica, em vez de "um mesmo tamanho para todos", procurando sistematicamente abranger a complexidade da violência e a heterogeneidade entre @s agressor@s;
- contrariamente a uma atitude moralizadora ou punitiva, o terapeuta deve assumir uma atitude respeitosa para com @ utente;
- a intervenção terapêutica deve procurar ir ao encontro das necessidades d@ utente e procurar aumentar a sua motivação para prosseguir a mudança de comportamento;
- a intervenção terapêutica deve atender e ser também dirigida às emoções d@ utente/ auto-compaixão[37] e procurar ajudar @ utente a qualificar e assumir com clareza afirmações positivas e funcionais que, por sua vez, irão provocar mudança a nível das emoções e comportamentos;
- o terapeuta deve investir nos "pontos fortes" d@ utente, em oposição a centrar-se nas fraquezas ou nos erros do passado d@ utente, contestar o seu caracter e promover a vergonha;
- é um processo, não um produto "final":
- a (re)avaliação, implica um exercício conjunto envolvendo os actores sociais associados á problemática de violência e, quando necessário, a sua rede de suporte (primária, secundária).

[37] Sobre a auto-compaixão ler mais em http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2178 (Fontinha, J., 2009)

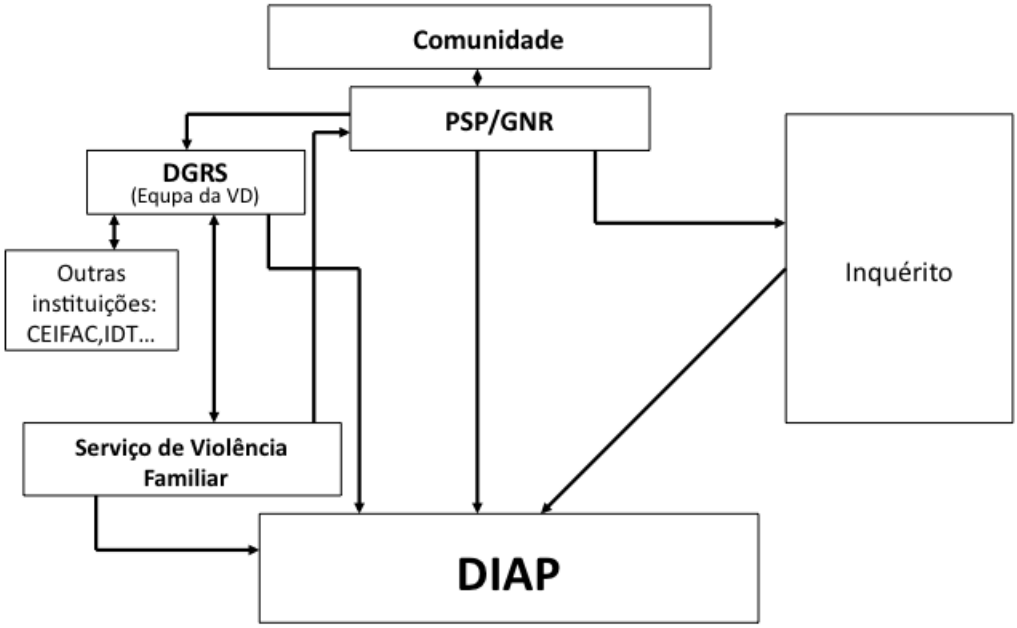
E como poderá um homem que foi violento ser (re)definido como não violento? Vejamos alguns dos critérios/ indicadores onde apoiamos a nossa avaliação: Cumpriu com o programa proposto, visando consolidar sua mudança? Assumiu a responsabilidade pelas suas acções violentas? Reconhece a sua capacidade para controlar e cessar as suas atitudes violentas? A "vítima" confirma (em encontros separados), que o companheiro não mais foi violento, apresentando uma mudança de atitude, em relação à violência? Existe um período significativo sem novos episódios de violência[38]?...

5.4. Articulação com o Sistema Judicial. Acerca da Intervenção na crise.

Relativamente à intervenção em situações agudas existe um Protocolo de cooperação dirigido à intervenção na crise com agressores (2009), cuja estratégia é liderada pelo Departamento de Investigação e Acção Penal (DIAP) de Coimbra e conta com a participação, para além do DIAP, da Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS), do Serviço de Violência Familiar, da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP).

ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA JUDICIAL/ INTERVENÇÃO NA CRISE

[38] Este período não é consensual. Tendo em conta a nossa experiência e não perdendo de vista o caso-a-caso —pois falamos de uma população heterogénea e de uma multiplicidade de factores subjacentes à problemática de violência —acreditamos que teremos melhores resultados com intervenções mais prolongadas (2-3 A).



5.5. Cuidados de Saúde Primários e Serviços de Urgência, "portas de entrada" na rede.

A OMS em 2002, tal como já anteriormente referi neste texto, sublinha relativamente aos serviços de saúde, que "chegou a hora de uma acção mais decisiva e coordenada (...) Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do sector da saúde". (Krug *et al*., 2002. p. 246). Colocando o enfoque na violência entre parceiros íntimos, as referências seguintes, ajudam a perceber a posição da OMS:

- 41% das mulheres que foram mortas por parceiro íntimo, nos EUA, recorreram aos Serviços de Saúde por traumatismos e outros problemas de saúde, físicos ou mentais, no ano anterior ao femicídio (Sharps et al. (2001 apud Roberts *et al.,* 2006);
- Segundo Gazmararian, Lazorick, Spitz, Ballard, Saltzman e Marks (1996, apud Hamberger & Phelan , 2004) e Hamberger e Ambuel (2001, apud Hamberger & Phelan, 2004) a prevalência da violência relativamente à mulher grávida varia dos 0,9% a 36%;

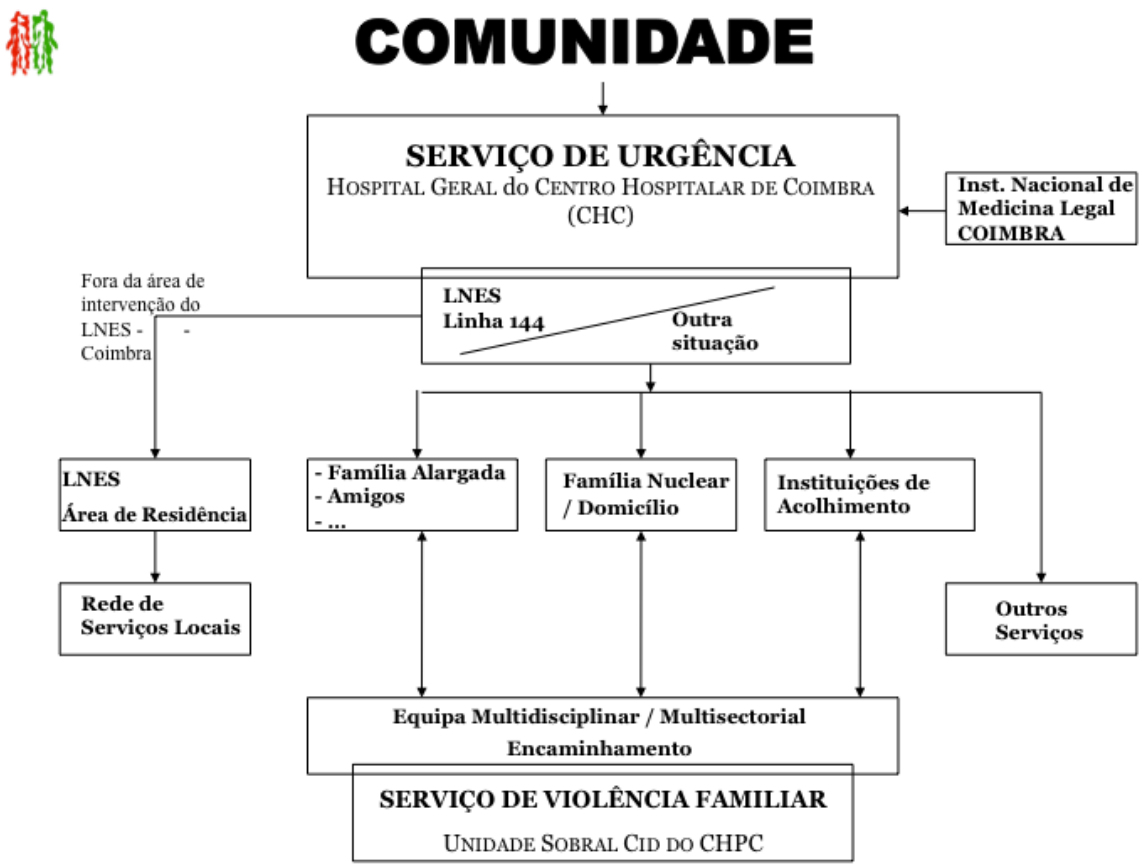
- As mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde, quando comparadas com as não vítimas (Lisboa et al. 2005);
- Segundo a "National Task Force to End Sexual and Domestic Violence Against Women[39]" (2005) em quatro estudos diferentes, 70% a 81% das vítimas de violência doméstica gostariam que o seu Médico Assistente lhe colocasse questões[40] em privado sobre violência entre parceiros íntimos;

5.5.1. Serviço de Urgência do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)

O Grupo V!!! e o SVF iniciaram em 2007, no Serviço de Urgência do Hospital Geral do CHC**,** a implementação de uma rede de referenciação de cuidados, na área da violência familiar/ entre parceiros íntimos. Inclui, entre outros aspectos, um protocolo para sinalização, avaliação (risco/ perigo) e encaminhamento de situações de violência no Serviço de Urgência.

[39] Contactos: http://www.vawataskforce.org

[40] Colocar perguntas sobre violência doméstica num serviço de saúde dá à vítima uma mensagem securizante: "Para além da sua saúde a sua segurança também é importante para nós".



5.5.2. Cuidados de Saúde Primários

O Projecto de Intervenção em Rede (PIR), dirigido à problemática da violência familiar/ entre parceiros íntimos e desenvolvido no âmbito do Eixo 7.7 do Programa Operacional de Potencial Humano (POPH), resulta de uma parceria da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Visa este projecto contribuir para a prevenção/ eliminação da violência colocando o enfoque, entre outras iniciativas, na implementação de redes multidisciplinares e multissectoriais, onde se pretende que os Serviços de Saúde assumam um papel pro-activo na prevenção/ intervenção. Trata-se de um projecto pioneiro, com uma duração de

36 meses, cujas actividades a desenvolver estão enquadradas em três eixos de acção: Informação, Investigação, Intervenção/ Formação.

A organização e coordenação das actividades técnico-científicas a desenvolver são da responsabilidade do Serviço de Violência Familiar do CHPC[41]

Projecto de Intervenção em Rede (PIR) 2009-2012 (POPH, Eixo 7.7). **ACTIVIDADES A DESENVOLVER**	
Informação	LIVRO - acerca do trabalho em rede (multidisciplinar/ multisectorial) desenvolvido em Coimbra pelo Grupo V!!! e pelo Serviço de Violência Familiar (dirigido ao público em geral; a publicar em 2012) MANUAL /GUIÃO – dirigido fundamentalmente aos profissionais dos serviços de saúde. Visa ajudar a reflectir estratégias e a organizar a informação relativamente à: (a) sinalização; (b) caracterização da situação de violência (incluindo a avaliação do potencial de risco/ perigo; (c) avaliação da situação clínica, familiar e social; (d) definição da intervenção/ encaminhamento, na rede de serviços da comunidade (a publicar em 2012). BROCHURA - divulgar as respostas criadas a partir dos Serviços de Saúde no âmbito do PIR (a publicar no início de 2012).
Investigação	Criação de instrumento com vista á AVALIAÇÃO DO TRABALHO EM REDE (a apresentar em 2012)
Intervenção / Formação	SENSIBILIZAÇÃO: Divulgar conceitos básicos e princípios de intervenção na violência doméstica (VD) junto das equipas dos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços de Urgência assim como dos outros serviço da comunidade que representam potenciais interfaces da VD (exs,: CPCJs, PSP, GNR, INEM, Escola, etc). Simultaneamente, pretende-se motivar todos estes agentes para a importância da criação de uma rede de prestação de cuidados. FORMAÇÃO*:* Criar competências a nível das equipas dos serviços de saúde, fundamentalmente a nível dos cuidados primários e dos serviços de urgência, com vista a triar/ avaliar (risco/ perigo) e encaminhar/ intervir os "actores" sociais envolvidos na problemática da violência doméstica. SUPERVISÃO: Estimular a emergência de redes locais, multidisciplinares e

[41] Informação adicional sobre o Projecto de Intervenção em Rede (PIR) poderá ser consultada no sítio electrónico do Grupo V!!! em www.violencia.online.pt

	multissectoriais, e reforçar a importância do trabalho em rede, no âmbito da problemática da violência. ENCONTRO CIENTÍFICO - Junta todos os técnicos que participaram no projecto; visa reavaliar o trabalho desenvolvido, potenciar o conhecimento adquirido e reflectir estratégias de continuidade (23 de Novembro de 2011).

5.6. Articulação com a Escola

Conforme é referido em relatório da Assembleia da República[42] (2007) sobre violência nas escolas "A violência existe nas sociedades, marcando presença de forma consistente no seu quotidiano (…) O fenómeno deve ser enfrentado(s) em todas as suas expressões (...) não sendo facilmente compreendida se ignorarmos os laços que as ligam" (p. 137).

Visando uma abordagem mais efectiva da problemática da violência neste contexto nasce em Coimbra (2007) o "Grupo Violência e Escola[43]: um Projecto para o Concelho de Coimbra"[44].

A criação deste grupo resulta do facto de no dia-a-dia situações de violência domestica, identificadas a partir da escola ou dos serviços de saúde, terem provocado vários encontros entre a Escola e os Serviços de Saúde", envolvendo por vezes também a rede do Grupo V!!!.

No caso-a-caso, a partilha de informação e as estratégias definidas reforçaram a importância de criar dinâmicas que possibilitassem a implementação de respostas em rede, cujos princípios já anteriormente referenciámos neste texto.

O Grupo Violência e Escola defende uma concepção de trabalho que dá ênfase a uma actuação integrada, multidisciplinar e multissectorial, onde cada serviço ou instituição na

[42] Grupo de trabalho *Violência nas Escolas.* Relatório final. Assembleia da República - Comissão de Educação, Ciência e Cultura (Abril 2007).

[43] Em 2011 integram esta rede as seguintes instituições: Agrupamento de Escolas de Ceira; Agrupamento das Escolas de Taveiro; Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra; Escola Secundária D. Diniz; Escola Secundária D. Duarte; Escola Secundária Jaime Cortesão; Escola Superior de Educação de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Serviço de Violência Familiar do CHPC.

[44] Ler mais em http://grupoviolenciaeescola.blogspot.com

"nova" matriz ganha um "novo" papel. Assume uma forma de organização, assente numa permanente construção, com um estrutura horizontal, na qual a participação é incentivada e a diversidade valorizada.

As várias iniciativas, em que o grupo tem investido, são fundamentalmente dirigidas: aos técnicos (formação) e aos alunos, famílias e comunidade em geral (informação e respostas às situações de violência).

No âmbito da investigação, a par com um estudo sobre o *bullying*, iniciámos há já alguns meses um novo projecto cujo principal objectivo é avaliar sobre a percepção dos profissionais em contexto escolar (professores e funcionários que mais directamente contactam com os alunos) acerca da problemática da violência doméstica, bem como da forma como identificam, actuam e encaminham as situações, no exercício das suas funções; visa reconhecer as principais necessidades e dificuldades que enfrentam e a posterior construção/ implementação de um programa de formação, com vista á melhoria de competências, nesta área.

5.7. Fórum "Empresas Contra a Violência Doméstica"[45]

Visando a eliminação da violência e a construção de uma sociedade que desejamos mais justa, igualitária e fraterna torna-se fundamental o empenho e a colaboração de todos — Governo, Instituições e Sociedade em geral. Tendo em conta as competência específicas na área da violência doméstica (VD) da rede de Instituições/ Serviços já existente na região de Coimbra — que inclui, entre outras actividades, programas de intervenção para vítimas e agressores — e visando responder de forma mais rápida e eficaz a esta problemática, estão agora (2011) criadas condições para alargar, de forma mais específica, o âmbito da intervenção ao contexto laboral.

Com vista a consolidar esforços e rentabilizar estratégias, que permitam especializar e adequar recursos e metodologias de actuação ao objecto da intervenção, considerou-se fundamental organizar um grupo de trabalho (em formação) multidisciplinar/ multissectorial

[45] Ler mais em www.violencia.online.pt

que terá como principais funções: estabelecer um plano de actividades para 2012, ajudar a implementar as acções definidas e, acompanhar o processo. Privilegia, na sua organização/ objectivos, os seguintes aspectos: desenvolver uma política corporativa para lidar com a violência doméstica; proporcionar formação teórico-prática aos profissionais das empresas, que representam potenciais interfaces para reconhecer, responder e referenciar situações de VD; envolver os trabalhadores em geral na implementação de um ambiente de trabalho livre de violência; divulgar no local de trabalho informação sobre VD e sobre as politicas da empresa em relação a esta problemática; ampliar as estratégias adoptadas (na área da VD) às Organizações e Empresas da comunidade; promover a realização de estudos e diagnósticos que visem a permanente adequação das respostas à problemática da VD e a avaliação do impacto das intervenções definidas.

5.8. Outras iniciativas de prevenção e promoção da saúde na comunidade

5.8.1 Peça de teatro "Estilhaços"

Projecto desenvolvido pela Cooperativa de Teatro Bonifrates de Coimbra[46], contou com o apoio do "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção", do Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra e da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra. Com a implementação desta peça, defende-se a importância da promoção de valores de igualdade e de cidadania que diminuam a tolerância social e a aceitação de uma cultura de violência, ao longo do ciclo vital. Acreditamos que estratégias deste tipo poderão representar um contributo importante na sensibilização e mobilização da sociedade civil, com vista a eliminar estereótipos e mitos, alterar as representações de género e os valores que têm perpetuado a existência de relações desiguais no meio familiar, escolar e social.

[46] Ver mais em www.bonifrates.com

5.8.2 "Portugal Integrated Work in Domestic Violence" - European Crime Prevention Network

Segundo a "European Crime Prevention Network" o trabalho em rede desenvolvido em Coimbra foi considerado por esta organização um exemplo de boas práticas. Pode ler mais sobre esta rede e fazer o download do documento "Portugal - Integrated Work in Domestic Violence", em http://www.eucpn.org/goodpractice/showdoc.asp?docid=181

6. Considerações Finais

"Embora a violência tenha estado sempre presente, a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inevitável da condição humana (...) A violência pode ser evitada, e as suas consequências, reduzidas" (Dahlberg & Krug, 2002).

A forte convicção de que tanto o comportamento violento quanto as suas consequências podem ser evitados, levam-nos a defender a importância de investir na prevenção, visando oferecer o máximo de benefícios para o maior número de pessoas. Colocando o enfoque nos Serviços de Saúde, salienta a OMS (Krug *et al*., 2002. pp 245,246) que se trata de "um aliado activo e valioso na resposta global à violência e traz diversas vantagens e benefícios (...) Um desses benefícios é a proximidade e, consequentemente, a familiaridade com o problema". Segundo a mesma organização, "está numa posição única para chamar a atenção para a carga imposta pela violência sobre a saúde. Quando associada significativamente às histórias humanas que o sector de saúde testemunha todos os dias, essa informação pode oferecer um instrumento potente (...) para a acção" (Krug *et al*., 2002. pp 245,246). Mas, como já o referimos anteriormente, concentrar a intervenção num único sector produz, geralmente, pouquíssimos resultados. A curto e a longo prazo, o sucesso na prevenção contra a violência dependerá de abordagens multidisciplinares e multissectoriais, em rede, desenvolvidas numa perspectiva ecológico-sistémica. Tal enquadramento ajudará à emergência de uma nova cultura de não-violência, fundada na inadmissibilidade da violação dos direitos humanos e do dever da Sociedade e do Estado de desenvolverem as adequadas políticas, estratégias e acções para o evitarem.

Na região de Coimbra o **Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção** (Grupo V!!!), o **Serviço de Violência Familiar** (SVF) do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (Unidade Sobral Cid), o **Grupo Violência e Escola** e os serviços e instituições da nossa comunidade com quem no dia-a-dia trabalhamos, reflectem na sua prática e modelo(s) subjacente(s), os princípios que anteriormente referenciámos.

Alargando o enfoque à dimensão nacional, são exemplos desta "visão" organizativa: os Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica e as alterações legislativas no âmbito desta problemática, a criação de uma Secretaria de Estado para a Igualdade, a implementação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e posteriormente dos Núcleos de Apoio a Jovens e Adolescentes em Risco, o investimento do Plano Nacional de Saúde Mental relativamente às problemáticas da violência.

A nível internacional, no âmbito da União Europeia, a erradicação de todas as formas de violência corresponde a uma das áreas prioritárias constantes da Estratégia Europeia para a Igualdade entre Homens e Mulheres para o período 2010-2015. Exemplos de iniciativas ainda mais globais, para além das da Organização Mundial de Saúde[47], são as associadas ao Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (no que diz respeito aos direitos humanos) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (o bem-estar das crianças).

"A liberdade não é um algo oferecido ao homem, ou uma coisa que este adquira para si. O homem é liberdade, incarnada no seu ser de corpo e de espírito. O fazer-se pessoa proposto ao homem é, em si mesmo, processo de intensificação da liberdade. A esta se liga a autonomia humana, a personalização, a felicidade". (Barbosa, 1998)

Bibliografia

Action on Elder Abuse (1995) *Action on Elder Abuse's definition of elder abuse*. London: Action on Elder Abuse Bulletin

[47] O *World report on violence and health*, várias vezes citado neste texto, disso é exemplo.

(http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What_is_abuse%20define.htm)

Alves, J. F. (2006). *Avaliação do Abuso e Negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos*. In Abrunhosa, R.; Machado, S. - Psicologia Forense, Coimbra: Quarteto.

Barbosa, J. (1998). *Protagonismo da Pessoa ou Império das Ideologias?* Jornadas sobre «Família-Educação para o Ano 2000 **».**

Callahan, Michelle R. et al (2003). Journal of Adolescent Research, Vol. 18 No. 6, November 2003 664-681

Caridade, S., Machado, C. (2006) *Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração*. Análise Psicológica, 4 (XXIV): 485-493

Grupo de trabalho "VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS" (2007). Relatório final. Assembleia da República - Comissão de Educação, Ciência e Cultura (Abril 2007).

Krug EG et al., eds (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.

Lisboa, M; Vicente, L. B.; Barroso, Z. (2005). Saúde e Violência Contra as Mulheres *Estudo sobre as relações existents entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas.* Direcção Geral de Saúde. SociNova, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa.

National Coalition of Anti-Violence Programs. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Domestic Violence In The United States (2006) http://www.ncavp.org/media/MediaReleaseDetail.aspx?p=2310&d=2434

National Task Force to End Sexual and Domestic Violence Against Women (2005). *Violence against women Act 2005. Title V – Health Care Respond*

Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*.

Roberts, G et al., eds (2006) *Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence*. Churchill Livingstone, Elsevier: Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto (2006)

Understanding Teen Dating Violence (2010). Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/teen_dating_violence.html

Waters, H, et al., (2004) *The economic dimensions of interpersonal violence*. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva.

ENQUADRAMENTO JUDICIAL - DA LEGISLAÇÃO À INTERVENÇÃO

A PERSPECTIVA DO DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO E ACÇÃO PENAL (DIAP) COIMBRA

Maria Paula Galvão Garcia
Procuradora da Republica

Notas prévias

A maior parte das mulheres que morrem vítimas de homicídio são mortas em casa pelos seus maridos companheiros, ex-companheiros….

A violência doméstica é um fenómeno transversal a todos os estratos sociais, económicos, culturais e religiosos

Há cerca de 600 milhões de mulheres analfabetas e 320 milhões de homens analfabetos.

Entre os 130 milhões de crianças que não têm acesso ao ensino primário, mais de 80 milhões são raparigas

Mais de 5000 mulheres por ano são mortas por "crimes de honra".

Na Europa 700 mulheres morrem todos os anos vítimas de violência doméstica

25% de todos os crimes violentos registados na UE foram cometidos por um homem contra a sua mulher ou companheira.

A violência doméstica continua a ser, na Europa, a principal causa de morte e de incapacidade das mulheres entre os 16 e os 44 anos.

Em Portugal 39 mulheres foram mortas pelos seus maridos companheiros, ex-companheiros ou namorados no decurso de 2010.

O que acima se afirma relativamente à Europa não está muito longe daquilo que se passa na generalidade dos países a nível mundial.

Na verdade, o tratamento diferenciado entre homens e mulheres, com séculos de existência, sedimentou uma cultura de menorização destas, do seu papel social e laboral, do que resultaram e resultam verdadeiros atentados à dignidade do ser humano, dos quais a violência doméstica, paredes meias com o tráfico de seres humanos, o abuso sexual e a mutilação genital, é um dos expoentes máximos.

O numero de mulheres agredidas e mortas pelos seus maridos companheiros e namorados, por motivações variadíssimas, religiosas, consuetudinárias, sociais, culturais…todas enfatizando o domínio do masculino, é algo generalizado a nível mundial, com intensidades variáveis, que vão desde a punição criminal de tais condutas até à indiferença absoluta dos poderes públicos, que dessa forma as legitimam.

Violência doméstica

A violência doméstica e o consumo de substâncias psicotrópicas são, no entender de alguns estudiosos, dois vectores essenciais sobre os quais importa actuar, a fim de prevenir actuações extremas que culminam, muitas vezes, de forma trágica, com a morte da vítima.

Referem estudos que mulheres que foram mortas pelos seus companheiros ou maridos, no ano anterior ao homicídio apresentaram uma qualquer queixa num sistema de saúde. Ou seja, de algum modo estas mulheres tentaram dizer algo a terceiros, e não foram nem capazes nem incentivadas pelo sistema a fazê-lo

Em Portugal, com as alterações legislativas de 2007, esta criminalidade foi tipificada no Cod. Penal, no seu artº 152, como crime autónomo, sob a epigrafe VIOLÊNCIA DOMÉSTICA "*quem, de modo reiterado, ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais ao cônjuge ou ex-cônjuge e pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação*

análoga á dos cônjuges, ainda que sem coabitação, progenitor de descendente comum em primeiro grau, pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite"

Investigação e dificuldades investigatórias

Mas, a investigação desta criminalidade apresenta dificuldades investigatórias acrescidas, que resultam das intricadas relações familiares que lhe estão subjacentes. Relações familiares das quais um investigador ou um aplicador do direito, se não pode abstrair, sob pena de, ao proferir a decisão final, se aperceber então, ser a mesma uma ficção, completamente desfasada da realidade, com consequências imprevisíveis e, quiçá dramáticas, para vitimas e agressores.

Na verdade, esta é uma criminalidade que ocorre entre pessoas ligadas por laços afectivos, por vezes muito fortes e muito prolongados no tempo; entre pessoas que partilham um espaço único - a casa de morada de família, muitas vezes não acessível a terceiros - que partilharam vidas, com sonhos, com projectos, com objectivos; que têm filhos em comum.

E tudo se repercute na investigação criminal.

Esta esbarra com um sem número de problemas e, desde logo, pelo lado da vítima, com o medo, a baixa auto estima, a vergonha, as incertezas, a culpa, a desculpabilização do agressor e a vontade de que tudo volte a ser como era.

Ambivalência da vítima

As vítimas de violência doméstica quando, finalmente, recorrem ao Tribunal, fazem-no não tanto em busca de justiça, mas acima de tudo de ajuda. Fazem-no transportando consigo todos os medos e receios de não encontrar a resposta que procuram e que, muitas vezes, nem elas próprias sabem qual é. Sabem apenas que querem acabar com o sofrimento em que vivem, ela e os seus filhos.

E, embora saibamos ser muito abrangente, neste tipo de ilícito, o leque das vítimas (desde a criança ao idoso, passando pelo deficiente e pelo doente), na grande maioria dos casos "é uma mulher que pensa poder mudar a situação e modificar o comportamento do seu cônjuge; que quer preservar a unidade da família para não privar os filhos do pai; para a qual a ideia de sair da relação é muito perturbadora pois tem "medo" da miséria, dos obstáculos materiais a superar (alojamento, emprego, novo alojamento), do desconhecido…; que sofre pressões e/ou reprovação exteriores, (mesmo das pessoas das suas relações mais próximas: família, amigos, instituições, profissionais); que ainda tem uma ligação afectiva com o agressor; que é ameaçada e tem medo das represálias sobre ela ou os seus filhos; que desconhece os seus direitos e que se mostra reticente para afrontar as instituições e o aparelho jurídico; que, por fim e para evitar novos acessos de violência, tenta conformar-se aos desejos do agressor"

Algumas mulheres vítimas de maus-tratos/violência apresentam um conjunto de características que as identificam como possíveis portadoras de perturbações da saúde mental, com diagnósticos, por vezes, de stress pós traumático.

Outras, são mulheres que, fruto das vivências traumáticas, apresentam comportamentos depressivos e de grande isolamento (vergonha, solidão, culpabilização, baixa auto estima, desânimo…); distúrbios de ansiedade (medo, fobias, ataques de pânico); distúrbios cognitivos e da memória (imagens intrusivas, confusão mental, dificuldade de concentração,); alterações da sexualidade…"(*in "Violência e Vitimas de Crime – Carla Machado e Rui Abrunhosa Gonçalves)*

Que determinam uma constatada e recorrente ambivalência das vítimas, algo de real com que se confronta a investigação criminal e que não pode ser relegada para um segundo plano, já que é geralmente o reflexo de um estado interior de dúvidas, angustias e medos, de que as vitimas são portadoras e que não pode ser menosprezado, sob pena de estarmos a contribuir, seriamente, para a revitimização dessas mesmas vitimas.

O agressor: sua caracterização.

Pelo lado do agressor, na maioria dos casos, deparamo-nos com indivíduos aparentemente socialmente inseridos mas que, ao entrar em casa, se transfiguram, transferindo para aqueles que com ele coabitam, a sua agressividade, agredindo-os porque mais frágeis e vulneráveis, como forma de dominação e opressão, sem razão e sem desculpa.

Outras vezes confrontamo-nos com indivíduos que se movimentam, por exemplo, no campo movediço dos distúrbios da personalidade, das obsessões, das paranóias, das dependências… que importa identificar precocemente, para intervir de forma eficaz.

Geralmente é um homem que não interpreta o seu comportamento como violento; acusa a vítima de estar a mentir quando ela denuncia a situação (a vitima tem tendência a minimizar a gravidade da situação com medo de represálias); poderá abusar de álcool e/ou drogas; acusa a mulher de ter aventuras, de passar muito tempo com outras pessoas (isolando-a); ciumento, possessivo e impulsivo; mantém uma relação intensa e dependente com a vítima; apresenta dificuldades na expressão das emoções; minimiza as agressões e a gravidade dos seus actos; tem “ideias” estereotipadas sobre os relacionamentos entre homens e mulheres (rigidez na diferenciação dos papeis: associa virilidade a dominação e feminilidade a submissão, docilidade, etc.); poderá ter sido maltratado ou ter observado outros a serem maltratados, na sua infância; é uma “pessoa de extremos” nas atitudes e emoções (na família); mostra o seu “melhor lado” aos outros (no exterior pode ter muitos amigos e ser muito “amado” por eles); manifesta mais ira e hostilidade; tem maior tendência a deprimir-se e a apresentar “valores elevados” em certas escalas de patologias da personalidade (anti-social, borderline).

Natureza pública do crime

Em Portugal particularmente após 2000, com a atribuição de natureza pública a este ilícito, ou seja, assunção pelo Estado, atenta a gravidade do ilícito, do ónus do procedimento criminal, retirando à vítima toda e qualquer responsabilidade pelo mesmo, assistiu-se, em termos criminais a um aumento muito significativo de participações e que foi crescendo, trazendo à tona cenários de uma enorme violência e que se escondiam no reduto do lar e no silêncio de todos, fazendo-se jus à velha máxima de “entre marido e mulher, ninguém mete a colher”.

Da atribuição de natureza pública ao ilícito resulta: total condenação deste tipo de comportamentos dignos, pela sua gravidade, de tutela penal; a instauração obrigatória de processo-crime, numa situação de VD, veicula uma mensagem de intolerância para com este tipo de criminalidade; um crime que é praticado em casa tem de ter tanta, ou mais, gravidade que um praticado na rua; reconhece-se deste modo que as vitimas de VD têm direito à protecção do Estado e reconhece-se que esse direito é superior ao da manutenção do relacionamento ou da unidade familiar, concluindo-se ter a lei um importante papel pedagógico e simbólico, podendo moldar e modificar comportamentos.

Mas, a criminalização e a atribuição de natureza pública ao ilícito, ou seja, a intervenção do judicial, só, não basta. È necessário, antes de mais e também, que a montante, e previamente à instalação do conflito, haja por parte das estruturas em que os indivíduos, enquanto seres sociais se inserem, uma adequada intervenção em termos de prevenção. Desde logo, uma intervenção primária, centrada na estrutura social com implementação de medidas que promovam a igualdade de género, o respeito pelo outro, pelas crianças, pelos idosos, pelos mais frágeis, reconhecendo as suas vulnerabilidades. Secundária, sinalizando de forma adequada todos aqueles que, fruto das estruturas em que se inserem, com carências afectivas, económicas, culturais, se encontram em risco de poder vir a ser vitimas ou perpetradores de violência.

O papel e a função do Tribunal

E, falhando estas intervenções, quando, no fim da linha, as instâncias de controlo, nomeadamente as judiciais, são chamadas a dirimir os conflitos para impedir a manutenção/reprodução de situações de violência e maltrato, elas têm, antes de mais, de ser capazes de responder à vítima, apoiando-a e protegendo-a, para que ela entenda que a resignação e a submissão não são, certamente, os caminhos no sentido de um relacionamento saudável e gratificante; mas para isso o Tribunal tem de saber identificar e perceber a origem do conflito. Apurar as causas. Conhecer vítima e agressor. Porque só conhecendo o tribunal será capaz de avaliar e decidir com justiça

E esse objectivo só poderá ser alcançado se o tribunal se articular com entidades terceiras, capazes de darem uma resposta em termos de compreensão pontual do problema e em termos de acompanhamento do mesmo. Se o não fizer, arriscar-se-á a abandonar à sua sorte quem nele confiou

Poderá, até, o Tribunal produzir despachos e sentenças condenatórias, formalmente justas, mas nas quais nem vitimas nem agressores se revêem, porque não se traduziram numa melhoria da qualidade de vida uma vez que não se recuperou o agressor (porque não se actuou sobre ele) e não se protegeu, consequentemente, a vitima.

Articulação e interdisciplinaridade – Grupo Violência!!!

Assim, a articulação e a interdisciplinaridade entre todas as entidades que lidam com esta problemática, entre elas, a judicial, são essenciais para que a resposta a este tipo de criminalidade possa ser eficaz.

O combate à violência doméstica passará sempre, pelas suas características e peculiaridades, por uma íntima colaboração e articulação entre dois vértices: a Justiça, envolvendo obviamente os Tribunais, os Órgãos de Policia Criminal (PSP e GNR), a Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS) e o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) e a Saúde, envolvendo os Hospitais, Serviços de Urgência, Centros de Saúde, Serviços de Saúde Mental,

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) ...

Numa intervenção em termos de resposta mais imediata, na vertente do apoio e protecção, o Social, envolvendo as Casas Abrigo, a Linha 144, Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Organizações Não Governamentais (ONG),....

Grupo Violência !!!– *Informação, Investigação, Intervenção* e o DIAP

E, em Coimbra, esta teia de entidades em que cada uma, com o seu olhar, com as suas estratégias e com os seus saberes, se empenha neste combate à violência, constituiu-se numa rede, fruto das necessidades que cada uma sentia de se articular com terceiros para, de algum modo, dar sentido à sua intervenção. E assim, surgiu o Grupo Violência !!!- Informação, Investigação, Intervenção, no qual são parceiros todas aquelas entidades que cabem em cada um dos vértices que acima referi.

Para além de todo o trabalho desenvolvido pelo Grupo, enquanto tal, e expresso em diversas acções de divulgação e discussão, esta rede permitiu, também, que todas as entidades se articulassem e coordenassem, obtendo resultados e ganhos, que estão muito para além da mera soma das partes.

Da troca de experiências que a rede permite, é possível confrontar perspectivas de um mesmo problema, o que leva a um conhecimento mútuo aprofundado, de onde resultarão soluções alternativas e complementares que se traduzirão em ganhos efectivos e reais no combate a esta criminalidade. Neste momento cada um conhece o outro e sabe o que tem a esperar desse outro. Sabe o quando noticiar, encaminhar, intervir. A angústia da solidão e de alguma impotência, tende a ser ultrapassada. Porque, para um problema, poderá haver, desde logo, uma resposta na rede. E para isso é necessário que a rede seja dinâmica, que todos se articulem com todos.

E o Departamento de Investigação e Acção Penal de Coimbra que, como se referiu, integra o Grupo Violência, fruto da rede e das mais-valias que daí lhe advieram, pôde definir estratégias de actuação no âmbito das soluções alternativas preconizadas pelo legislador, nomeadamente da suspensão provisória do processo, articulando-se com terceiros, parceiros na rede.

Avaliação do Risco

No que toca à investigação criminal impõe-se que, nas situações mais urgentes, consideradas como aquelas em que o potencial de risco é maior, seja dada pelas instâncias judiciais uma resposta célere, imediata e eficaz. Para tanto impõe-se que, de imediato, seja avaliado o risco. E esta avaliação do risco é tanto mais importante, quanto é ela que permitirá aos decisores judiciais avançarem com medidas coactivas para o agressor, nomeadamente o seu afastamento da residência com proibição de contactos e vigilância electrónica, e protectivas da vitima, como a teleassistência.

Tal risco resulta da constatação de um perigo que se apresenta como eminente, sendo manifesta a necessidade de uma actuação enérgica no que toca ao agressor, face à utilização de armas de fogo ou armas brancas, pela agressividade manifesta, pela violência usada na agressão, a impor, que o mesmo seja sujeito a medidas de coacção, que impeçam a continuação da actividade criminosa.

A reincidência (25% a 50% de reincidentes em agressores domésticos), o número de homicídios conjugais, 21-2007; 45-2008; 27-2009; 39-2010, e a necessidade de protecção das vítimas, são três factores suficientemente relevantes para que a avaliação do risco, no âmbito do processo-crime se assuma, cada vez mais, como algo que não pode ser relegado para um plano secundário.

E esta avaliação do risco, permite-nos um conhecimento muito mais profundo de quem é o agressor, qual o seu perfil e de que forma será possível predizer o seu comportamento criminal, por forma a evitar-se a reincidência da violência.

È importante que instrumentos de avaliação do risco sejam estudados, aferidos e adaptados, dando origem a linhas de orientação de avaliação. Com as mesmas será possível despistar o risco, documentar e fundamentar os factos que podem desencadear a violência e, deste modo, planear e segurança da vítima e intervir sobre o agressor, com aplicação de medidas de coacção que mais se adeqúem à situação. Também, em relação à vítima, as entidades policiais devem agir em articulação com entidades terceiras, com as quais e por força dos canais abertos, é possível, para cada situação de crise, encontrar, no imediato, uma solução, pondo em movimento a rede e as mais-valias que daí advém em termos de salvaguarda da vítima e da prova.

Para tanto é necessário que a entidade que é chamada a intervir no imediato, Policia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR), na generalidade dos casos, mas que também podem ser outras, nomeadamente serviços de urgência e centros de saúde, avaliem o risco e actuem em conformidade com esse potencial de risco, pondo em movimento a rede e as mais-valias que daí advém, em termos de salvaguarda da vítima e da prova.

Mas situações há, no entanto, em que o risco não é perceptível no imediato (porque fruto de paranóias, obsessões e outros distúrbios da personalidade) e que só uma intervenção mais específica e com outros contornos, a exigir conhecimentos a nível da psicologia e da psiquiatria, poderá detectar e encaminhar.

Se atentarmos no número de homicídios praticados em mulheres pelos seus companheiros, poderemos facilmente concluir que esses atentados contra a vida não resultam, muitas vezes, de um gesto impulsivo, fruto de uma desorientação momentânea, mas sim de algo que foi sendo ruminado até à exaustação, numa solidão absoluta e que, atingido o clímax, leva ao acto final, trágico e sem retrocesso.

Protocolo de Articulação

Assim, ciente de que o risco é algo que tem de ser valorado e entendido como forma de prevenir males maiores, impulsionou o DIAP de Coimbra a assinatura de um Protocolo de Articulação, envolvendo o Serviço de Violência Familiar (SVF), a Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS) e os órgãos de policia criminal (PSP e GNR).

Pretende-se, com o mesmo, intervenções a um só tempo, do órgão de polícia criminal encarregado da investigação (PSP/GNR), da Equipa da Violência Domestica da DGRS e do Serviço de Violência Familiar.

Desta forma, concomitantemente com a investigação e nas situações em que, logo à partida e malgrado a violência que é constatada, a vitima não quer pôr fim ao seu relacionamento conjugal, inicia-se, de imediato, uma articulação entre todos, sob a égide do Ministério Público, que validará as diversas intervenções**.**

Com esta abordagem integrada obtêm-se enormes ganhos de tempo, uma vez que se parte de imediato para uma avaliação do risco e, se necessário, para a consequente intervenção.

Ao permitir-se que as várias entidades, cuja intervenção se impõe face à situação que se apresenta, iniciem sem mais delongas o seu trabalho, o qual decorrerá a compasso com a investigação, obter-se-ão ganhos manifestos em termos de tempo e eficácia.

Ganhos de tempo porque de imediato são efectuadas todas as diligências necessárias à elaboração do relatório, o mesmo sucedendo relativamente ao Serviço de Violência Familiar, que já avalia a vítima e, eventualmente, o agressor.

Ganhos de eficácia pela celeridade com que se actuou e se protegeu a vítima ao prestar-lhe apoio, fazendo também, eventualmente, uma intervenção a nível do agressor.

Tais ganhos resultarão do facto de, finda a investigação pelo órgão de policia criminal e remetido o respectivo inquérito ao DIAP, o magistrado titular poder limitar-se a solicitar à Direcção Geral de Reinserção Social e ao Serviço de Violência Familiar os relatórios relativos às intervenções que foram levadas a cabo e que permitirão, eventualmente, e se requerido pela vitimas, um encaminhamento para a suspensão provisória do processo.

A suspensão provisória do Processo

Defendendo-se, sem qualquer dúvida, a natureza pública do ilícito, o mecanismo amenizador desta natureza pública e que terá inteira aplicação neste tipo de criminalidade, é a suspensão provisória do processo que o Código de Processo Penal consagra no seu artigo 281.

Se as instâncias criminais tiverem ao seu alcance meios que lhe permitam intervir no agressor por forma a que este, a final, assuma, em continuidade, uma atitude de respeito e consideração pelo outro e que o faça de forma consciente e interiorizada, a suspensão provisória do processo permitirá que, embora sob coacção, o agressor seja reabilitado para uma vivência saudável com os seus pares, tornando-se único responsável pelo seu devir. E sendo a fonte do problema, passa também a fazer parte da sua resolução.

Porque, como já se referiu, subjacente a esta criminalidade estão intrincadas relações familiares, com os afectos corroídos, com os medos e os ódios sedimentados, numa ambivalência de sentimentos difícil de gerir, importa também uma intervenção com o agressor que, ao favorecer a sua mudança no sentido da adopção, em continuidade, de comportamentos não agressivos e de respeito para com o outro, permita a não desestruturação dos núcleos familiares.

Não basta aplicar uma pena criminal para que um problema de violência familiar se resolva, como num passe de mágica. Se não formos às causas, se não explicarmos a

violência, não para a justificar, mas para a perceber e resolver, se possível, não conseguiremos nem reabilitar o agressor, nem proteger e apoiar a vitima.

A punição terá de emparelhar com a reabilitação e a compensação à vítima. Compensação que, muitas vezes, se não a maior parte, se traduz num “só não quero que continue a bater-me e aos meus filhos, só quero paz na minha vida”.

Só deste modo a suspensão provisória do processo, ao apostar numa efectiva recuperação do agressor, alcançará os seus objectivos e cumprirá a sua finalidade última.

O Serviço de Violência Familiar do CHPC

Com tais objectivos tem vindo a desenvolver o DIAP, em colaboração com o Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), um trabalho de intervenção com agressores

Esta trabalho (envolvendo por vezes as vitimas), passa pela avaliação do agressor em termos de psicopatias de que seja portador mas também, quando tal é desejado pelas vítimas e recolhe a aceitação do agressor, pela avaliação da sua capacidade de mudança e genuína adesão a um programa.

Para tanto, é importante que o arguido saiba exactamente o que lhe vai ser proposto para que a sua adesão seja total e genuína. Assim, é-lhe dado, previamente, após uma avaliação, conhecimento do programa escolhido e que mais se adequa não só à sua personalidade mas também às características da situação.

Neste programa e caso a caso, poderão ser envolvidos outros elementos da família nuclear, da família alargada, elementos da rede primária (amigos) e da rede secundária (serviços)

O Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, ao qual cabe levar a cabo a avaliação e intervenção e a Equipa da Violência Doméstica da Direcção Geral de Reinserção Social, à qual cabe efectuar previamente, uma avaliação social do agressor e pronunciar-se sobre a evolução da intervenção, acompanha depois o agressor, monitorizando o cumprimento das injunções pelo mesmo, elaborando relatórios intercalares e finais, pronunciando-se também em termos do sucesso da intervenção.

Com a intervenção levada a cabo da forma supra descrita o arguido, e mesmo a vitima, vêm-se envolvidos numa teia que protege e apoia esta e que, concomitantemente, ao intervir sobre o agressor, de algum modo o controla, reprimindo os seus instintos agressivos, pela intervenção de que é alvo e na qual participa activamente.

Ou seja, por força da intervenção as tensões tendem a esbater-se, porque as causas dos conflitos são dissecadas, sendo tentada, com a colaboração de todos os intervenientes, uma via para a resolução da conflitualidade.

E, deste modo, os autores no conflito para além de serem parte do mesmo, passam também a ser parte na sua resolução.

E se as tensões tinham alguma tendência para se manterem ou agravarem, com a intervenção levada a cabo essa mesma tensão tende a diminuir, os conflitos tendem a ser ultrapassados e consequentemente a agressividade a diminuir e a vida a ser possível.

A REDE e sua importância

O que ela permitiu: confrontar perspectivas de um mesmo problema, levando a um conhecimento mútuo aprofundado, de onde resultaram soluções alternativas e complementares, que se traduzem em ganhos efectivos e reais no combate a esta criminalidade.

Enaltecer o valor do trabalho em rede, das mais valias que do mesmo resultam nunca será demasiado.

O Grupo Violência!!!-Informação Investigação, Intervenção, constituído como uma rede, com tudo aquilo que caracteriza este tipo de organizações – horizontalidade, isonomia, multiliderança, coesão, coordenação, auto-avaliação, é, sem dúvida, o caminho para enfrentar uma problemática que apela à articulação e à multidisciplinaridade, sem a qual, qualquer abordagem que se faça em termos de resposta a esta criminalidade, ficará sempre aquém dos anseios e expectativas de quem, em fim de linha, busca, mais que por justiça, ajuda.

Maus-tratos a crianças

Violência na conjugalidade

Na sequência, e muitas vezes como corolário da violência na conjugalidade, deparamo-nos com uma outra violência, de efeitos devastadores para os que da mesma são alvo, pelas repercussões que acarretam para a sua vida futura, muitas vezes não ultrapassáveis e não superadas. E falamos das crianças.

Impacto nos filhos

No seio da conjugalidade as crianças são sempre vítimas. De uma forma directa, porque alvo da violência parental por se envolverem no conflito ou, indirecta, por serem espectadoras da violência que ocorre entre os seus progenitores, violência que não percebem, que não compreendem, mas com repercussões gravíssimas no que toca ao seu desenvolvimento psíquico e afectivo. Na verdade, como refere a estudiosa e especialista nesta área Ana Isabel Sani *"O impacto da violência conjugal sobre as crianças é talvez uma das situações mais flagrantes de vitimação de menores"; as crianças expostas à violência conjugal mostraram [na forma como significam as experiências vividas], muitas semelhanças com as crianças pessoalmente vitimadas (…), [embora] mais rapidamente [pareçam poder] prosseguir no sentido de um desenvolvimento ajustado.*

A perpetuação destes conflitos familiares para além de afectarem, de modo significativo, o adequado desenvolvimento psico-emocional das crianças, com todas as consequências

inerentes, levam frequentemente, ao aparecimento de psicopatologia". (Sani, Gonçalves & Keating, s.d.)

Também, um estudo relativo à violência sobre as mulheres efectuado no Instituto de Medicina Legal em Portugal, dos 2160 processos analisados, em 95,3% dos casos os filhos presenciaram as agressões e em 66,7% (Porto) ou 83,3% (Coimbra) dos casos, os filhos eram também alvo dessas agressões, referindo ainda outro estudo que "*40% a 75% de crianças expostas à violência entre os pais são também vítimas de abuso físico por parte destes"* (Layzer, Goodson e DeLange, 1986); e **"***Crianças que vivem com mães maltratadas têm 12 a 14 vezes mais probabilidade de ser abusadas sexualmente"*(McCloskey, Figueiredo & Koss, 1995 e Straus, Gelles e Steinmetz, 1980).

Transgeracionalidade da violência

Outros estudos revelam que, crianças que vivenciam no seio da família situações de violência, local privilegiado de aprendizagem, apreendem tais comportamentos como normais, o que acaba por gerar mais tarde, nomeadamente na adolescência, atitudes de permissividade à violência.

E isto porque os comportamentos adquiridos no meio familiar são frequentemente reproduzidos pelas crianças que, incapazes de filtrarem e terem um olhar critico de repúdio sobre os mesmos, assimilam-nos e interiorizam-nos, reproduzindo-os muitos anos depois, em atitudes de permissividade à violência, nomeadamente nas relações de intimidade.

Ou seja, crianças que crescem em ambientes violentos, correm o risco de se tornarem tanto agressores como vitimas, face aos modelos de aprendizagem que presenciaram e relativamente aos quais, porque são crianças, não conseguiram ter uma posição critica de repúdio. Se as figuras modelo e de referência têm comportamentos desviantes, serão esses valores e esses padrões comportamentais que estarão a transmitir aos seus filhos e que estes transportarão consigo, levando à transgeracionalidade da violência.

Os padrões de vinculação desorganizados, o medo e a desconfiança face aos outros, a auto-desvalorização, vão marcar o desenvolvimento das suas relações inter-pessoais futuras,

originando fenómenos de triangulação, parentificação, alianças transgeracionais, coligações contra o agressor.

E as crianças, vitimas, têm vindo a ser alvo, também, das preocupações dos poderes públicos, paredes meias com as preocupações relativas à violência doméstica e porque intimamente a ela ligada, não podendo dissociar-se uma da outra, sob pena de estarmos a negligenciar algo que, como se referiu, pode ter consequências devastadoras para um saudável desenvolvimento psíquico e afectivo dos menores, futuros homens e mulheres.

E, assim, a nível legislativo entendeu-se e percebeu-se que as crianças tinham de ser protegidas, o que determinou intervenções a vários níveis, de acordo com as circunstâncias e as especificidades de cada caso: uma intervenção tutelar, uma intervenção protectiva para a criança e penal no que toca aos agressores. E estas várias intervenções impõem e exigem também um trabalho de articulação entre as várias entidades chamadas a intervir, ou seja, Tribunal de Família e Menores, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e Departamentos de Investigação e Acção Penal/Tribunal. Proteger a criança e promover o seu bem-estar têm de ser objectivos permanentemente presentes em qualquer intervenção que possa estar a ser levada a cabo.

Enquadramento legal

A nível legislativo os comportamentos de que são vitimas as crianças lesivos da sua integridade física e psíquica, estão criminalmente tutelados e tipificados no Código Penal, nos artigos 152º (Violência doméstica); 152º A (Maus tratos); 138º (Negligência/abandono), 136º (Infanticídio) e 171º a 176º (Abuso sexual de crianças), punidos com pesadas penas, deste modo também se dando sinais inequívocos às vitimas e aos agressores de que tais comportamentos são inadmissíveis numa sociedade moderna e democrática, sociedade que se quer tributária dos princípios constantes da Declaração Universal dos Direitos do Homem e dos Direitos das Crianças.

O vivenciar situações de violência na infância poderá ser um preditor de futura violência. E falamos da violência física, mas particularmente da psicológica que se traduz por

humilhações, insultos, controlo, intimidações, com efeitos por vezes bem mais destrutivos que a agressão física, pelo seu carácter corrosivo, continuado e escondido e que tão facilmente as crianças apreendem, mas não filtram.

Níveis de intervenção

Por isso também a aposta na prevenção, primaria, secundária e terciária não pode ser esquecida, nem relegada para um plano secundário. A primeira, centrada na estrutura social, traduzida na implementação de medidas que promovam o respeito pelo outro, pelas crianças e idosos, reconhecendo as suas vulnerabilidades. A segunda, centrada nas crianças em que o risco de se tornarem vítimas (porque inseridas em agregados violentos) se apresenta como elevado e, finalmente, uma terceira e onde se situa já a intervenção judicial, centrada nas crianças que já foram alvo de violência ou nos indivíduos que sobre essas crianças perpetraram violência e que procuram, voluntariamente ou coercivamente, interromper esse tipo de violência.

Também, aqui, a família tem um papel fundamental**.** Ela é**,** a primeira estrutura fornecedora de protecção e afecto, cinzeladora do carácter, primeira responsável pela formação e educação de cada criança. É na família que as crianças adquirem modelos de conduta que irão depois exteriorizar. A escola, para onde cada vez mais se transfere o núcleo primordial da educação que, originariamente pertenceria à família. Por isso, as escolas não se podem alhear do fenómeno e necessariamente terão de incluir nos seus currículos e mais do que isso, na sua acção, iniciativas que apelem à cidadania e ao respeito pelo outro, sendo que esse outro, titular de direitos, também são as crianças. E a comunicação social, enquanto denunciadora de situações de abuso, enquanto divulgadora de realidades escondidas, é essencial para provocar a discussão e abanar consciências, desocultar o oculto e trazer à tona cenários que, pela sua crueza, têm de ser rejeitados por todos e cada um.

Como dizia o poeta “O melhor do mundo são as crianças…”e porque elas são o nosso futuro, elas terão de estar sempre na primeira linha das nossas preocupações, na esteira também da Resolução A3-314/91 do Parlamento Europeu sobre os problemas da criança na

Comunidade Europeia (JO n.º C13 de 20.01.92, pág. 536 e 537 ou seja "**a protecção da criança deve ser orientada de acordo com o interesse superior da criança, com os princípios da liberdade e da dignidade da mesma".**

Crimes contra a autodeterminação sexual de menores

A criança enquanto titular de direitos

Os crimes de que são vitimas os menores e, particularmente, os que atentam contra a sua integridade física e psíquica, contra o seu direito a crescerem protegidos, amados e cuidados têm vindo a ser alvo, cada vez mais, nas sociedades modernas e democráticas, de uma atenção e de uma preocupação que se traduz na assunção, por parte da comunidade e instancias internacionais, de que a criança é o nosso futuro, que como ser frágil que é tem de ser protegido e cuidado e todo e qualquer atentado contra ela tem de ser gravemente punido.

E a criança surge, assim, como um titular de direitos, em que, acima de tudo, importa salvaguardar o seu superior interesse.

Esta é uma problemática e uma criminalidade que acarreta enormes desafios que se traduzem, essencialmente, em saber como, sem descurar os interesses da investigação, não pôr em causa o bem-estar psíquico e afectivo do menor, ou seja, o seu superior interesse que, numa qualquer intervenção, penal ou protectiva, tem de ser sempre salvaguardado.

Articulação e interdisciplinaridade

E aqui reside o maior e mais difícil desafio para todos os envolvidos: como articular, como coordenar, como concertar.

E a resposta, a nosso ver, passa essencialmente, pela articulação, concertação e coordenação entre todas as entidades que, de uma forma ou outra, se vêem envolvidas no processo.

E assim, no que toca à investigação dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores e abuso sexual de crianças, não pode a entidade detentora da acção penal (Ministério Público), abstrair-se e relegar para um plano secundário o papel dos profissionais da saúde. Daqueles que, não só enquanto peritos levam a cabo os exames periciais e as avaliações psicológicas, mas também a dos que antes, durante e depois, fazem e desenvolvem todo um trabalho de acompanhamento psicológico do menor, numa tentativa da superação, pelo mesmo, dos eventuais traumas e sequelas, fruto do acto, ou actos, de que foi vitima.

E não pode o Ministério público alhear-se, também, do papel das entidades que, com um cariz e cunho mais social, zelam pelos interesses do menor vitima, no que diz respeito às suas relações familiares e sociais.

Mas, por outro lado, não podem também tais entidades, com essa vocação mais avaliativa e protectiva, ignorar que o abuso sexual de crianças é um crime, punido com severas penas, e que o combate a esta criminalidade se faz perseguindo e punindo os agentes, segundo regras pré estabelecidas, contidas no Código de Processo Penal. Só deste modo se darão sinais claros à sociedade e em particular às vítimas, que tais comportamentos são condenáveis e intoleráveis, numa sociedade que se quer tributária de todos os valores contidos na Declaração Universal do Direitos do Homem e, mais do que isso, nos constantes na Declaração dos Direitos da Criança.

Crime público

Em Portugal, com as alterações introduzidas ao Código Penal e Código de Processo Penal em 2007, o paradigma relativamente a esta criminalidade mudou, assumindo agora tais ilícitos, contrariamente ao que sucedia anteriormente, uma natureza essencialmente pública. Tal significa que o conhecimento por parte do MP de uma situação de abuso de menor, determina, de imediato, a instauração de um inquérito, independentemente da vontade dos legais representantes da vítima ou desta.

Desta natureza pública do ilícito resulta ainda, que todas as entidades policiais e todos os funcionários quanto aos crimes de que tomarem conhecimento, no exercício das suas funções e por causa delas, são obrigados a denunciar, dando das mesmas conhecimento ao MP (artº 242 do CPP).

As CPCJ e como resulta da Lei 147/99 de 1 de Setembro (art.º 70) têm um dever de denúncia quando os factos que tenham determinado a situação de perigo constituam crime

E, ainda, *"qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem"* é obrigada a comunicar, naquilo que se afigura, por parte do legislador, um apelo à cidadania e à responsabilidade cívica dos cidadãos (nº 2 do artº 66 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens (Lei 147/99 de 1 de Setembro)

Deste modo, como que se cria, um sistema de vasos comunicantes, não podendo a entidade que toma conhecimento de uma situação de abuso, reter para si tal informação, já que está legalmente obrigado a denunciar, como não pode o Ministério Público, também, negligenciar todas as entidades acima referidas cuja vocação primeira é a protecção do menor.

Quando uma situação de abuso sexual de uma criança ou jovem chega ao conhecimento do Ministério Público, é de imediato instaurado inquérito, dando-se início à intervenção criminal. Mas também, de imediato, poderão ser envolvidos, ainda no sistema de justiça, o Tribunal de Família e Menores no que toca a eventuais intervenções tutelares cíveis (providências respeitantes às responsabilidades parentais), tutelares educativas e protectivas e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, também na vertente protectiva – criança em risco.

Interesses a salvaguardar: superior interesse da criança/investigação

E aqui chegados, deparamo-nos com uma encruzilhada de interesses, todos eles validos e que urge defender: os interesses da criança no que toca à protecção e promoção do seu bem-estar e onde se inclui o bem-estar físico, psíquico e afectivo e o interesse da

investigação criminal na recolha e preservação da prova, tendo em vista a punição do agressor.

E porque a prova, nesta criminalidade, sendo frequentemente escassos ou inexistentes os sinais físicos do abuso, se focaliza na vítima, a interacção entre a psicologia e o direito impõe-se de forma incontornável.

E impõe-se devido a vários factores mas especialmente devido à idade das vítimas, à sua fragilidade e vulnerabilidade e ao síndrome do segredo que, particularmente no abuso intra-familiar, vivenciam de forma muito intensa.

Investigação

Na verdade, neste tipo de criminalidade, o operador judicial, quando leva a cabo uma investigação criminal, que no essencial comporta as diligências que, nos termos da lei processual penal, visam averiguar da prática de um crime, determinar os seus agentes e a sua responsabilidade e recolher a prova, confronta-se com questões extremamente complexas e sensíveis.

A Prova

Porque o menor, como referi já, é muitas vezes a principal, se não única, fonte de informação, a recolha do seu depoimento e a valorização da informação contida nesse depoimento, será determinante para a descoberta da verdade. E, para isso, são necessários profissionais com formação especifica na abordagem de menores, com experiência e com um "know how" que só a especialização permite.

Para além disso, questões como a veracidade do depoimento, credibilidade, capacidade de efabulação, sugestionabilidade, discernimento, memória … são delicadas e sensíveis.

Daí a importância da avaliação psicológica e das perícias sobre a personalidade, no que toca à interpretação e compreensão do testemunho do menor. E, notando-se embora algum esforço no sentido da especialização por parte dos operadores judiciais, essa não é ainda uma realidade.

Mas essa especialização, ainda que aconteça, não afastará nunca a necessidade do apoio e assessoria de colaboradores com saberes específicos.

Como referi, a avaliação forense é, nesta criminalidade, um precioso e imprescindível auxiliar na busca da verdade.

Avaliação que tem também o seu tempo e que se situa o mais próximo possível do tempo da denuncia. Daí a necessidade da articulação, coordenação, concertação.

Poderemos pois, concluir mais uma vez, o quanto estes dois campos - psicologia forense e direito - se entrelaçam e se complementam.

E por isso se impõe uma outra atitude de todas as entidades envolvidas: as que investigam, as que avaliam, e as que protegem.

Articulação

E a resposta que formos capazes de dar às questões que se colocam, nomeadamente como obstar que um processo judicial de abuso sexual de menor se reflicta negativamente no menor; como proteger o menor sem pôr em causa a investigação? Como avaliar o menor num tempo em que tal avaliação possa ser valorada e credibilizada enquanto prova, determinará o bom sucesso das intervenções.

Mas a resposta a tais questões só se alcança se essas entidades, todas elas, fizerem um esforço de articulação e concertação. Articulação e concertação que permitirá, a cada uma conhecer o papel do outro mas, e mais do que isso, reconhecer a importância do papel desse outro. Desta forma será possível atingir-se um patamar de entendimento, que permita a todos, a um só tempo, darem ao outro e receberem do outro o que necessitam para a sua intervenção, sem atropelos e sem repetição de diligências, tão traumatizantes quanto desgastantes.

E esse conhecimento e concertação levará ao estabelecimento de estratégias de intervenção em que cada um, com o seu objectivo, não perca de vista o objectivo do outro. Que não se perca de vista o interesse do menor em ser protegido e apoiado e não vitimizado

por intervenções atabalhoadas e a destempo. Que não se perca de vista a investigação criminal, já que só ela permitirá punir e intervir sobre o agressor.

Conciliar as necessidades de protecção dos menores com a salvaguarda da investigação criminal, através de uma adequada, concertada e eficaz coordenação entre todos os envolvidos é o objectivo que determinou a formação, há cerca de cinco anos, a impulso do DIAP de Coimbra, de um grupo, "Grupo de reflexão sobre o abuso sexual", cujo objectivo primeiro foi sentar à mesma mesa todas aquelas entidades que, no imediato e face a uma situação de abuso, são ou podem ser chamadas a intervir.

A Rede – Grupo de Reflexão Sobre o Abuso Sexual de Crianças

- **Ministério Público / DIAP ,** detentor da acção penal e ao qual cabe a direcção da investigação criminal **–** Procuradora da República Drª Paula Garcia
- **Policia Judiciaria (PJ)** que, por força da Lei de Investigação Criminal (Lei 49/2008 de 27 de Agosto) tem competência reservada para a investigação dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores ou incapazes – Inspector-Chefe Dr. Camilo de Oliveira
- **Instituto Nacional de Medicina Legal (INML)** que leva a cabo os exames periciais, na sua vertente física e psicológica - Drª Graça Costa
- **- Tribunal de Família e Menores (TFM)** porta de entrada do conhecimento de muitas situações de abuso – Procurador da República, Dr José Codeço
- **Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra (CPCJ)**, por idênticas razões, sendo que muitas situações, antes mesmo de serem comunicadas ao TFM/Ministério Público, são sinalizadas às comissões – Dr. Oliveira Alves e Drª Ana Margarida Albuquerque.
- **Hospital Pediátrico de Coimbra** também ele porta de entrada de muitas situações de abuso - Drª Jeni Canha
- **Pedopsiquiatria do Hospital** Pediátrico de Coimbra na sua vertente de avaliação aos menores, canalizadas pelo INML - Drªs Beatriz Pena e Drª Anabela Fazendeiro

- **Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra** na sua vertente de entidade avaliadora e mais do que isso e também de estudo das problemáticas relacionadas com o abuso - Drª Isabel Alberto.
- **Serviço de Violência Familiar** do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra na vertente de acompanhamento e intervenção sobre agressores no caso de eventual suspensão provisória do processo – Dr. João Redondo.

A importância deste Grupo advém do facto de, por existir, ter sido possível:

- Alcançar uma muito positiva coordenação e articulação no que toca à troca de informações, com vista à intervenção, entre a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Hospital Pediátrico, o Instituto Nacional de Medicina Legal – Delegação de Coimbra e a Policia Judiciaria versus Ministério Público. Tal coordenação traduz-se numa mais rápida, eficaz e atempada intervenção de todos, cada um na sua área de actuação, de uma forma articulada, o que permitirá obstar à vitimização secundária do menor, já que a um só tempo, poderão ser salvaguardados os vários interesses.

- Elaborar um "Guia de orientação de entrevista em contexto forense" que de forma sintética fornece algumas orientações, particularmente aos operadores judiciais – Ministério Público, Juiz de Instrução, Investigadores Criminais – do como lidar numa situação de recolha de depoimento de menor

- Estabelecer os pontos de contacto entre os integrantes do Grupo de forma a permitir uma mais rápida e informal articulação e troca de informações, numa situação de intervenção urgente ou no decurso normal de um processo

- Avançar com um projecto de instalação de uma sala para inquirição das testemunhas menores ou especialmente vulneráveis em declarações para memória futura, com o recurso ao sistema de áudio e vídeo, ainda em fase de implementação.

O superior interesse da criança

As alterações ao Código Penal e Código de Processo Penal introduzidas em 2007, motivadas muitas delas por compromissos assumidos pelo estado português ao nível europeu

e internacional, e algumas leis avulsas, permitem-nos retirar a ilação da relevância que é atribuída à criança ou jovem, enquanto elemento fundamental para a descoberta da verdade. Mas também, atenta a sua fragilidade e vulnerabilidade, das preocupações relativamente ao impacto desse envolvimento no que toca ao bem-estar e ao desenvolvimento psíquico e afectivo do menor vítima.

Tradutoras dessas preocupações, poderemos referir, muito rapidamente, a possibilidade de, pese embora a moldura penal nos termos gerais o não permitisse, nesta criminalidade se consagrar a hipótese de suspensão provisória do processo, tendo em conta o interesse da vítima; a obrigatoriedade da tomada de declarações para memória futura em ambiente informal e reservado…devendo o menor ser assistido no decurso do acto por um técnico especialmente habilitado para o seu acompanhamento; a inquirição do menor em audiência de julgamento apenas pelo Juiz presidente e não na presença do arguido/agressor, entre outras que traduzem, de facto, essa preocupação do legislador.

Isto para dizer que há base de sustentação legal suficiente para que a investigação da criminalidade relacionada com os atentados a liberdade de autodeterminação sexual dos menores possa acontecer de forma adequada e com um mínimo de consequências negativas para a criança.

Mas isso implica por parte dos envolvidos uma reflexão profunda, uma exaustiva troca de ideias, opiniões, métodos de trabalho, definição de objectivos, que permitam coordenar, concertar e articular actuações.

As consequências mais ou menos negativas para a criança e jovem no seu envolvimento num processo judicial - que a experiência nos permite dizer poder ter um efeito catártico benéfico e constituir nalgumas circunstâncias uma libertação para o menor - depende muito da actuação dos operadores judiciais e de todos que são chamados ao processo como peritos, avaliadores, figura de referência.

Sendo importante e decisivo mesmo, estabelecer códigos de boas práticas que definam as linhas básicas e orientadoras da investigação, é minha convicção no entanto, que a

articulação e interdisciplinaridade, só são possíveis se houver, da parte de quem lida directamente com os problemas, empenho e investimento.

Só através de uma articulação e interdisciplinaridade assumidas e de um investimento serio na especialização em todas as áreas de intervenção, será possível dar passos em frente no sentido da harmonização das intervenções, tendo em vista a salvaguarda da investigação criminal e a defesa do superior interesse da criança.

MESA

A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NO DISTRITO RAPOSO TAVARES – BUTANTÃ SÃO PAULO

CONSTRUINDO CAMINHOS EM REDE - DA PREVENÇÃO À INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

Marli de Oliveira
Mario Martini

Resumo

O artigo pretende apresentar a Organização Social Liga Solidária, a unidade Educandário Dom Duarte, o Programa Religar – parceria com famílias e comunidade e o Projeto Construindo Caminhos, do Pólo de Prevenção à Violência Doméstica e Abuso Sexual contra a criança e o adolescente, que tem como objetivo principal a prevenção da Violência Doméstica e abuso sexual.

A Organização Social Liga Solidária existe há 89 anos e foi fundada em 10 de março de 1923, pelo primeiro arcebispo de São Paulo, Dom Duarte Leopoldo e Silva, como Liga das Senhoras Católicas de São Paulo. Com o objetivo de intervir em questões relacionadas à criança, à juventude e à mulher.

É uma organização social sem fins lucrativos e desenvolve hoje programas socioeducativos e de cidadania, para crianças, jovens, adultos e idosos, que residem em áreas de alta vulnerabilidade social, atualmente beneficia mais de 3.200 pessoas.

Nosso foco é a educação para a construção gradual do conhecimento e preparo para autonomia, em sintonia com os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Infantil e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O atendimento social da Liga é formado por 8 Centros de Educação Infantil (CEI's), 4 Abrigos Solidários e 8 Programas Socioeducativos.
Sua missão: *Contribuir com ações socioeducativas para conscientizar crianças, jovens e adultos de sua dignidade e de seu potencial transformador.*

É no complexo Educacional Educandário Dom Duarte, localizado no distrito Raposo Tavares, que são desenvolvidos 92% do atendimento social da Liga Solidária e inserido o Programa Religar-parceria com famílias e Comunidade..

Há 10 anos o Programa Religar desenvolve ações com famílias e a comunidade local. Possui convênios com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, para desenvolver o SASF (Serviço de Assistência Social a Família e proteção social básica no domicílio) e o Núcleo de Convivência de Idosos; com a Secretaria Municipal da Educação para desenvolver o Movimento de Alfabetização para adultos e com o FUMCAD(Fundo Municipal da Criança e do Adolescente) para a realização do Pólo de Prevenção à Violência Doméstica e Abuso Sexual.

O Programa Religar busca prioritariamente alinhar suas ações a Missão da Liga e o que está previsto na política de assistência social em consonância com a Política Pública. Realiza intervenções em rede com serviços existentes na comunidade, como: Escolas, Unidades básicas de saúde – UBS's, AMA's, CEU, CCA, da região e outras organizações que são parceiras nos atendimentos e acompanhamentos.

No desenvolvimento do trabalho, contamos com outros parceiros que compõem a Rede nos atendimentos dos casos, a saber: Projeto Apoiar – USP/SP; GEV - Grupo de Estudos de Violência; Mediação de Conflitos; Orientação Jurídica – Grupo de Advogados da OAB; Instituto KORA; Espaço Comunitário Comenius, entre outros.

O diálogo, rompe com o silêncio e o segredo que são mantidos nas situações de violência. O trabalho em Rede junto à comunidade é enfatizado pela organização e uma estratégia eficaz na resolutividade dos casos, este nos impulsiona cada vez mais na busca de parcerias com diferentes serviços. Essa atuação evita lacunas, descontinuidade, sobreposições e garante a horizontalidade nas relações.

A nossa perspectiva no fortalecimento do trabalho em Rede, está na continuidade do diálogo, do compartilhamento, no olhar por várias lentes com as diferentes áreas de atuação, a complexidade dos casos que nos chegam, estas, quem nos fortalece cada vez mais para seguir em frente.

A solidariedade presente nas redes de relações primárias das camadas populares, segundo o autor (...) Gueiros está geralmente, atrelada à subsistência individual e grupal. Considerando que o autor trabalha com os três conceitos de Redes Sociais de relações primária, secundária e terciária. Neste momento não iremos nos ater a discussão dos conceitos, mas enfatizar a consonância dos conceitos às ações desenvolvidas pela organização na perspectiva das Redes, conforme segue abaixo:

> (...) o trabalho social com famílias, abarca procedimentos relativos à rede de bens e serviços do território e atenção individualizada e coletiva à população usuária, realizados de forma regular e frequente. Deve contemplar igualmente a interdisciplinaridade e intersetorialidade (articulação das políticas de saúde, educação, assistência e habitação, entre outras) e zelar pela permanência a médio e longo prazo dos programas e serviços oferecidos, posto que as famílias já vivem múltiplas instabilidades (de trabalho, de domicílio, da rede de suas relações sociais primárias, por exemplo) e não podem ser submetidas também a projetos que não se constituam em políticas de longo alcance, em termos dos recursos necessários e de um tempo viável ao processo de autonomia e de emancipação da família. (GUEIROS, 2010 p.130).

Palavras-chave: Rede, Famílias e Violência Doméstica

REDES SOCIAIS NO BUTANTÃ

Martha Delbuque Pimenta,

O Butantã tem se orgulhado pela existência de várias redes sociais, antigas e solidas, que contribuem para a articulação e mobilização dos moradores desta sub-prefeitura de São Paulo. Este movimento foi iniciado em 2000, pela inquietação de profissionais atuantes na região do Rio Pequeno e Raposo Tavares que sentiam necessidade de um maior contato com outros atores sociais para atuação em questões relativas a região, sem que houvesse um tema que restringisse sua atuação ou um órgão que a conduzisse, uma vez que neste momento a Secretaria de Desenvolvimento Social do Município apresentava uma proposta de constituição de redes sociais focadas na questão de creches e que tinha na própria secretaria sua direção.

A Iniciativa tinha a clareza neste momento de que um espaço de encontros de profissionais e de usuários de serviços seria útil para que o atendimento à população, especialmente a moradora dos distritos mais pobres e com maiores demandas, se tornasse mais eficiente.

A Rede Butantã de Entidades e Forças Sociais foi se formando, então, a partir de julho de 2000, realizando reuniões mensais – sempre na primeira quarta-feira do mês, às 9h00 e em locais definidos de um encontro para outro, favorecendo o conhecimento e reconhecimento do território e estimulando a participação de moradores e profissionais daquele bairro.

Aos poucos e conforme foi sendo sentida a necessidade esta rede foi elaborando melhor sua forma de funcionamento, seus objetivos e metas. Partindo do conceito desenvolvido por Chico Witaker, de redes sociais, a Rede Butantã se definiu como:

"...a*s redes constituem uma proposta democrática de realização do trabalho coletivo e de circulação do fluxo de informações, elementos essenciais para o processo cotidiano de transformação social. Uma estrutura em rede – que é uma alternativa à estrutura piramidal –*

corresponde também ao que seu próprio nome indica: seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais; não há um "chefe", o que há é uma vontade de realizar determinado objetivo"[48].

Por esta concepção, a Rede Butantã sempre se negou a ter qualquer registro, estatuto ou constituição legalizada, considerando que isto a levaria a estabelecer, também, algum tipo de direção que poderia conceder a alguns, papel hierarquicamente superior, o que feriria seus princípios.

Quanto aos objetivos, sem dúvida o mais claro e inegável é a oportunidade de circulação de informações. O grupo virtual, criado em dezembro de 2001 no *site* grupos.com.br, tem hoje 406 participantes e uma troca de aproximadamente 200 mensagens por mês. A oportunidade de acesso à informações, de debate continuo e possibilidade de reflexão sobre temas concernentes à região e a oportunidade de participar de encontros, reuniões, seminários e cursos acaba se constituindo como um espaço que vai além da informação e é reconhecido por seus participantes como espaço de formação.

A forma de organização da Rede Butantã, com sua abertura para diversos participantes, tem possibilitado também uma constituição híbrida de sua composição: participam das reuniões presenciais e virtuais pessoas que representam o poder público - funcionários de carreira de diversas secretarias assim como o subprefeito ou representantes do legislativo (vereadores e deputados) e executivos (secretários municipais), pessoalmente ou representado por assessores; funcionários e dirigentes de organizações não governamentais e projetos sociais; líderes comunitários; representantes de movimentos

[48] Whitaker F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. 1993. Disponível em http://inforum.insite.com.br/arquivos/2591/estrutura_alternativa_organizacao.PDF. Acessado em 03/11/2011.

sociais; profissionais liberais; moradores da região e representantes de programas, cursos e projetos da Universidade de São Paulo.

A participação da USP – cujo campus Armando de Salles Oliveira fica na Subprefeitura do Butantã – começou pelo Programa Avizinhar[49] , que pelas suas características e objetivo de contribuir para uma maior e melhor aproximação da Universidade com a população do seu entorno acolheu a idéia e pode contribuir com seu funcionamento, na medida em que cedeu espaço em seu portal para divulgação da Rede Butantã na Internet e a construção de um boletim informativo – Mix Avizinhar Butantã – para divulgação de reuniões da rede, eventos no Butantã e na USP. Se por um lado estas ações contribuíram com o funcionamento da Rede, por outro, a possibilidade de aproximação com os serviços do Butantã também auxilia a realização de projetos de extensão das várias unidades universitárias. Mesmo com a extinção do Programa Avizinhar em 2006, as ligações da Rede Butantã com a USP já se mostravam suficientemente fortalecidas, com a construção de elos e laços, para que se mantenham conforme o interesse de ambos os lados.

A existência da Rede Butantã e especialmente a regularidade de suas reuniões facilitou e motivou também a construção de outras redes na região: redes temáticas, como o Fórum em Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes do Butantã (FoCA-Bt) que tem sido responsável nos últimos dez anos pela realização das Conferências Regionais DCA e pela realização da Semana do ECA[50] que tem sido realizada anualmente, mobilizando a região a conhecer, observar, refletir e colocar em prática o Estatuto da Criança e do Adolescente e redes locais que abordam questões específicas de bairros e comunidades desta mesma subprefeitura.

Esses espaços de encontro, de troca e de fortalecimento, têm dado oportunidade a que reivindicações que favoreçam a sua população sejam ouvidas e repercutidas com maior

[49]O Programa Avizinhar foi criado em 1998 pelo reitor da USP naquele momento: Prof. Dr. Jaques Marcovitch e desenvolvido no âmbito da Coordenadoria Executiva de Cooperação Universitária e de Atividades Especiais (CECAE). Maiores informações em http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/educacao/avizinhar.pdf (consultado em 03 de novembro de 2011)

[50] Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990.

facilidade e sucesso. O conhecimento das possibilidades do território e das demandas de sua população contribui para que seja possível uma maior atuação e reivindicação sobre as políticas públicas de atendimento a estas necessidades. De toda forma, um ganho incontestável da existência de redes nestes moldes é o reconhecimento por cada um da incompletude de suas possibilidades de atendimento e ao mesmo tempo da potencia que se ganha ao conhecer e reconhecer as possibilidades de trabalho conjunto.

O A TENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL MÁRIO DEGNI

Izildinha Barosi Souza

O Problema

- A Violência Sexual – VS provoca traumas psíquicos e expõe a vítima a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.
- Para ser adequado, o atendimento de uma vítima de VS deve ser multidisciplinar e preocupar-se com diferentes aspectos, na tentativa de preservar o bem-estar físico e mental da vítima.

Capacitação

- No ano de 2001 os profissionais foram capacitados para o adequado atendimento à vítima de violência sexual. Desde então, até o presente momento (nov de 2011), tem-se o registro de atendimento a 207 casos de VS neste Hospital.

Equipe

- A equipe responsável pelo atendimento às vítimas de VS no Hospital Mário Degni compõe-se, atualmente, de: 2 Assistentes Sociais, 2 Psicólogas, 2 Médicos (mais médicos de pronto atendimento) e Enfermeiros.

O Atendimento

- Acolhimento
- Profilaxia
- Serviço Social
- Atendimento Médico-Ambulatorial
- Psicologia

Acolhimento

- A equipe proporciona à vítima um espaço no qual esta possa se sentir acolhida, respeitada e suficientemente confortável para, se assim o desejar, expor a sua experiência, na certeza de que será devidamente ouvida, compreendida e apoiada nas suas necessidades, sem quaisquer julgamentos ou interferências.

Atendimento médico

1˚ Atendimento:

O plantonista da ginecologia faz o atendimento clínico. Avalia se há lesões físicas e se há necessidade de instituir a profilaxia medicamentosa para DST, HIV, contracepção de emergência, vacinação para Hepatite B e coleta de sangue.

Logo após o atendimento a vítima é orientada a fazer o boletim de ocorrência e é agendado retorno para o seguimento médico ambulatorial.

Atendimento médico Ambulatorial

- A vítima terá um acompanhamento médico por 6 meses ou mais.

Aborto Legal

- É possível até 20 semanas
- Até 12 semanas é realizado através da AMIU (aspiração manual intra-útero)
- De 12 a 20 semanas é realizado a indução com misoprostol.
- Acima de 20 semanas é oferecido o pré-natal

Enfermagem

- Acolhimento
- Acompanhamento no exame clínico

- Coleta de Sangue para exames laboratoriais
- Fornecimento e orientação das medicações para: contracepção de emergência, prevenção de DST, e HIV para 7 dias.
- Profilaxia de Hep. B através de vacinação.
- Orientação para acompanhamento do Serviço Social, Psicologia e médico.

Serviço Social

Atendimento Social

- Entrevista com a usuária para conhecer a sua história
- Detecta a situação social e o apoio familiar da paciente;
- Orienta a importância do atendimento médico e psicológico
- Orienta quanto aos recursos da instituição e da comunidade, tais como: Conselho Tutelar, Postos de Saúde, Fóruns, IML, etc.

Serviço Social

Em caso de gravidez

- Entrevista com a usuária para conhecimento dos fatos.
- avalia o desejo de interrupção ou não da gravidez,identifica os valores morais e religiosos .Orienta e discute outras alternativas como: pré-natal e doação do recém-nascido;
- orienta quanto ao protocolo da instituição para atendimento dessa problemática;
- encaminha para atendimento médico ambulatorial.

Psicologia

- É reconhecido que a vítima de VS enfrentou um evento traumático, podendo apresentar sentimentos diversos (culpa, vergonha, medo, angústia, ansiedade). É assumida uma atitude empática quanto ao sofrimento da vítima.

Psicologia

Psicoterapia

Abordagem emocional/

Principais aspectos:

- Resgate da auto estima;
- Retomada / reforço dos objetivos de vida;
- Auto-Confiança; .
- Sexualidade;
- Ludoterapia / Apoio familiar
- Encaminha para avaliação psiquiátrica, caso necessário

Psicologia

Em caso de gravidez

- Trabalha sentimentos relacionados à constatação da gravidez fruto da violência sexual (ambivalência, culpa, rejeição, aprovação)
- Levanta os princípios morais e religiosos que possam interferir na decisão ou não pela interrupção da gravidez
- Trabalha as fantasias quanto à gravidez e ao abortamento
- Fornece apoio psicológico em casos de interrupção da gravidez assim como frente a opção pela gestação Trabalhar a questão da sexualidade

O envolvimento da sociedade

- Para melhor enfrentamento da questão da violência sexual, o hospital Mário Degni tem participado de articulações regionais, das redes de apoio de enfrentamento da violência sexual com diferentes setores, tais como Segurança Pública e Justiça, Saúde, Educação e Assistência Social, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada (ONGs).

MESA

A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À VIOLÊNCIA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

HISTÓRICO DA REDE DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DA ZL

Maria Cristina Caetano

A organização da Rede teve início com o evento “Construindo Redes de Enfrentamento da Violência contra a Mulher” organizado pela Rede Mulher de Educação em 25 de novembro de 2004, com a presença de Maria da Penha Nascimento Campos que deu início a articulação da Rede de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra a Mulher da Zona Leste que foi lançada em 12 de agosto de 2005. Nossa apresentação terá como foco os objetivos desta Rede, os desafios que temos enfrentado e as ações mais recentes.

SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES QUE COMPÕEM A REDE LESTE E SUAS ARTICULAÇÕES

Márcia Valéria Pereira

Apresentaremos o conceito de Rede adotado para a prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher com foco nos serviços que compõem a Rede e suas especificidades: Centro de Cidadania da Mulher de Itaquera (CCMI), Centros de Referência da Mulher (CRM), Casas Abrigo, Serviços de Saúde, Delegacias de Defesa da Mulher (DDMs) e Promotoras Legais Populares (PLPs).

AÇÕES REALIZADAS

REDE SOCIAL DE PROTEÇÃO PELA DRE MP

Isaias Pereira de Souza

Diretor Regional de Educação

Segue abaixo relatório das ações realizadas quanto à Rede Social de Proteção pela DRE – MP

Possuímos algumas articulações locais de rede:

- Conselho tutelar
- Posto de Saúde – CAPS
- CONSEG
- Guarda Civil Metropolitana – Inspetoria Regional MP
- Vara da infância e Juventude
- ONGs (Fundação Tide Setubal)

A DRE – MP participa do FÓRUM GT HUMANIZAÇÃO E CULTURA DE PAZ , onde são realizadas reuniões mensais intersetoriais (Conselho Tutelar, CONSEG, Fundação Casa, Delegado da Policia Civil 22º DP, CAPs Infantil, Guarda Civil Metropolitana, CRAS, Tribunal de Justiça, UBS). O Fórum pretende desenvolver ações que possam diminuir gradativamente a violência escolar e futuros infratores, portanto foi escolhida uma escola piloto (EMEF Arquiteto Luis Saia) onde os problemas enfrentados pela unidade escolar são discutida no grupo e ações são encaminhadas conforme a necessidade do educando. (CAPS, SAÚDE, CRAS, ABRIGO, ESCOLA, etc...)

1- Unidades que estão sendo atendidas

Todas as Unidades jurisdicionadas a Diretoria Regional de Educação São Miguel atendem alunos em situação de deficiência, portanto são atendidas pelo CEFAI. Estão no Projeto "INCLUI".

46 - EMEF

01 - EMEFM

04 - CEUs

02 – CMCT

40 – CEI Diretos

40 - EMEI

2- Nº. DE ALUNOS ATENDIDOS, QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE E DE APRENDIZAGEM DETECTADOS EM NOSSOS ALUNOS.

- Alunos com Deficiência apontados no Sistema EOL DRE SÃO MIGUEL **– 1.188 (Base 2011)**
- Principais problemas: deficiência física, visual, intelectual, auditiva, múltipla e transtornos do desenvolvimento global - os problemas de saúde não são atendidos pelo CEFAI, são encaminhados pelas Unidades escolares à rede de UBS.
- Principais problemas de aprendizagem:

1. Dificuldade de comunicação – total ou parcial,
2. Não aprendizado da língua Portuguesa na modalidade escrita (surdos)

3. Aluno sem base alfabética.

4. Falta de competência leitora e escritora

Alunos que foram encaminhados para a Equipe Multidisciplinar que atende no CEFAI as quartas feiras , com agendamento prévio pelas escolas no CEFAI após triagem por suspeita de deficiência

Total de AVE na DRE/MP	**53**
Total de alunos atendidos	**160**
Total aguardando liberação (UE que já tem AVE e foi solicitado, mas ainda não liberado por SME e SPDM)	**15**
Unidades atendidas por AVE	**48**

ou necessidade de atendimentos .

PLANILHA DE UNIDADES ESCOLARES COM A.V.E. – AUXILIAR DE VIDA ESCOLAR
EDUCAÇÃO INFANTIL

Nº de AVE nas EMEIs: 09
Nº de U.E. com AVE: 09
Nº de alunos atendidos: 21
Nº de U.E. não atendidas solicitações: 08
Nº de alunos aguardando: 12
Data base: 21/10/2011

PLANILHA DE UNIDADES ESCOLARES COM A.V.E. – AUXILIAR DE VIDA ESCOLAR 2011

Nº de AVE nas EMEF e EMEFM: 44
Nº de U.E. com AVE: 39
Nº de alunos atendidos: 139 + 15 aguardando liberação
Data base: 21/10/2011

NÚMERO DE FORMAÇÕES REALIZADAS PELO CEFAI

CURSOS E FORMAÇÕES OFERECIDAS PELO CEFAI - QUAIS TEMAS TRATADOS:

CURSO
Curso Optativo "**Orientações pedagógicas sobre adaptações e adequações curriculares e avaliação para alunos com necessidades educacionais especiais**" (curso distribuído em especificidades: Deficiência intelectual, Deficiência auditiva, Deficiência visual, Deficiência física, Deficiência múltipla, Autismo e TGD, garantindo as orientações focadas na deficiência de cada aluno).
Tema: "**Acompanhamento e orientações pedagógicas sobre adaptações e adequações curriculares e avaliação para alunos com necessidades educacionais especiais decorrentes de deficiência**"

Módulos: deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência física, deficiência múltipla e Autismo e TGD.
Tema: "**Acompanhamento e orientações pedagógicas sobre adaptações e adequações curriculares e avaliação para alunos com necessidades educacionais especiais decorrentes de deficiência**" Módulos: deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência física, deficiência múltipla e Autismo e TGD.
Seminário para Implementação do **"Referencial sobre Avaliação da Aprendizagem na Área da Deficiência Intelectual do Ciclo II do Ensino Fundamental e da Educação de Jovens e Adultos - RAADI Ciclo II e EJA "**.
Formação e Acompanhamento sobre **"Referencial sobre Avaliação da Aprendizagem na Área da Deficiência Intelectual do Ciclo I do Ensino Fundamental - RAADI Ciclo I"**
Acompanhamento do Curso de Autismo Acompanhamento do Curso oferecido pela Instituição Lugar de Vida – conforme Termo de Convênio com SME
Formação para professores de SAAI e Acompanhamento as Salas de Apoio e Acompanhamento a Inclusão: referente ao Plano de Trabalho e ao PDI dos alunos
Formação para Estagiários com informações Especifica do aluno acompanhado,

Formação especifica nas U.E. por solicitação para participação em JEIF, com carga horária de acordo com a necessidade da U.E., atingindo os professores que não puderam participar do curso optativo (item A)
Curso Optativo: "**Conhecendo as especificidades do trabalho junto a estudantes com Deficiência e Transtornos Globais do Desenvolvimento, atendidas pelo Projeto Rede"** Acompanhamento do Curso oferecido pela SPDM – conforme Termo de Convênio nº 327/2010
Formação SPDM para Pais de aluno com deficiência múltipla

CONTRATAÇÃO DE TRADUTORES/INTÉRPRETES DE LIBRAS – 03

OUTRAS AÇÕES DE INCLUSÃO QUE O CEFAI REALIZOU.

Todas as unidades escolares da DRE-MP foram envolvidas pelo CEFAI nas ações do PROJETO INCLUI.

O público alvo atendido pelo CEFAI é composto por **1188 alunos** distribuídos em

470 DEFICIENTES FÍSICOS, 374 DEFICIENTES INTELECTUAIS, 51 Autistas, 90 DEFICIENTES VISUAIS, 1 Síndrome de RETT, 77 DEFICIENTES AUDITIVOS .

ATENDIMENTOS À COMUNIDADE no CEFAI – Nº DE FAMILIAS ATENDIDAS: 61

VISITAS EM UNIDADES ESCOLARES REALIZADAS PELOS PAAIs :

209 visitas de FEVEREIRO A SETEMBRO DE 2011

ENCAMINHAMENTOS DE ALUNOS QUE	**TOTAL GERAL 27**

PRECISAM DE ATENDIMENTO DE APOIO EDUCACIONAL PARA REDE CONVENIADAS DE APOIO (ex: APAE , ACDEM, AHIMSA, LARAMARA etc)	

TEG ADAPTADO – ACOMPANHAMENTO DO TRANSPORTE ESCOLAR PARA ALUNOS EM SITUAÇÃO DE DEFICIENCIA :

215 alunos atendidos TEG acessível

773 alunos atendidos TEG comum

O CEFAI ORGANIZA ORIENTA OU ADQUIRE E DISTRIBUI MATERIAL PEDAGÓGICO PARA ACESSO AO CURRÍCULO:

MATERIAL ENTREGUE em 2011:

10.000.....	**Papel Braille**
7.500	**Formulário contínuo braile**
80	**Caderno de pauta ampliada**
01	**Cadeira de rodas**
01	**Cadeira higiênica**
05	**Macas**
04	**Telelupas**
10	**Lupas de Apoio**
09	**Pranchas com lupa acoplada deslizante.**

CONTRATAÇÃO FORMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE 91 ESTAGIÁRIOS

TOTAL	**QTDE ESTAGIÁRIOS: 82**	**Nº CRIANÇAS ATENDIDAS : 92**

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES

COM A DOT EDUCAÇÃO ESPECIAL EM SME

COM O MINISTÉRIO PUBLICO

COM EQUIPES DA DRE SÃO MIGUEL

COM CONVENIADAS

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS DE DIVULGAÇÃO DE PRATICAS PEDAGÓGICAS INCLUSIVAS

COM OUTROS ORGÃOS DE OUTRAS SECRETARIAS PARA ESTABELECER A REDE DE APOIO

SESSÃO DE PAINÉIS

A EXPERIENCIA EMOCIONAL DE NEGROS BRASILEIROS: CONSIDERAÇOES PRELIMINARES

Rafael Aiello Fernandes
Tania Maria Jose Aiello Vaisberg

PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS

RESUMO: O presente trabalho consiste numa comunicação preliminar que visa delimitar uma proposta investigativa que se insere no contexto de pesquisas voltadas a abordagem psicanalítica da exclusão, do preconceito e da perversão social. Justifica-se no contexto de uma psicanálise intersubjetiva concreta, que se considera eticamente comprometida com mudanças sociais que incluem atenção psicológica clinica ao sofrimento de indivíduos e coletivos.

Palavras-chave: negros, sofrimento, imaginário, psicanálise, pesquisa em psicologia

A problemática do racismo contra negros no Brasil se configura como um campo complexo, que historicamente mobilizou reflexões por parte das ciências humanas e dos movimentos sociais de afro-descendentes. Com o reconhecimento oficial de que o país não está livre do problema do preconceito racial, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (Hofsbauer, 2006; Godinho, 2009), os debates em torno da questão intensificaram-se, demandando a atenção da comunidade acadêmica, do poder público e da sociedade civil como um todo. É dentro deste contexto que este projeto intenta dar sua contribuição, buscando no referencial da psicanálise elementos para o estudo deste fenômeno.

Para tanto, faz-se necessário compreender, ainda que sucintamente, a constituição do racismo como um objeto de estudos, para que possamos indicar a relevância do tema, bem como indicar a especificidade da abordagem que pretendemos elaborar. Podemos desde já salientar que acreditamos que a psicanálise, enquanto saber que se fundamenta no estudo da experiência emocional humana, configura-se como um método de pesquisa apto a colaborar na produção de conhecimento sobre este tema. Partindo de uma perspectiva que entende que o ser humano não pode ser compreendido fora do contexto das condições concretas de sua vida (Bleger, 1963), esta vertente teórica pode desenvolver enfoques investigativos para analisar situações variadas, colaborando com sua especificidade para elucidar diferentes aspectos de questões de interesse social. Desta forma, cria-se a possibilidade da construção de um conceito ampliado de clínica, apto a contribuir para a construção teórica e prática de enquadres diferenciados.

Cabe destacar que as principais disciplinas que estudaram a questão do racismo no país foram a sociologia e a antropologia, que passaram a se debruçar sistematicamente sobre o problema a partir da década de 1950. É importante salientar, no entanto, que nos encontramos em um campo de estudos que, em seu processo de constituição, passou por diferentes fases e dificuldades, e não seguiu uma linha contínua, mas um caminho acidentado no qual teve que se deparar com grande variedade de obstáculos. E, ainda hoje, apresenta uma pluralidade de pontos de vista, não necessariamente consensuais. Essa condição, a nosso ver, apresenta como fator positivo a possibilidade de que o desenvolvimento de novas abordagens conceituais sobre o assunto possa lançar luz sobre aspectos ainda pouco explorados, contribuindo assim para o debate coletivo.

Feitas essas observações, é importante retomar que o lugar e o papel do negro na vida nacional já vinham sendo problematizados cientificamente pelo menos desde o período pós-abolição e desde o advento da República, ainda que os estudiosos não estivessem preocupados em focalizar o preconceito racial, mas sim em delimitar as características gerais da população brasileira, com o objetivo de diagnosticar entraves ao processo de industrialização e entrada na modernidade.

De fato, neste primeiro período de formação das instituições científicas em território nacional, dominaram as teorias do que se convencionou chamar racismo científico, que se sustentava na biologia da época para dividir a humanidade em raças distintas e hierarquizadas, com o homem branco no topo como símbolo e ápice da civilização. Foi especialmente nas escolas de medicina e direito que tal visão se desenvolveu, e o negro foi visto basicamente como um fator de atraso ao progresso nacional. Daí, o projeto de "embranquecer" o Brasil, tanto cultural como demograficamente, através da imigração de mão de obra européia (Scharwcz,1994; Hofsbauer, 2003). Posteriormente a este período, na década de 1930, a obra de Gilberto Freyre, escrita em um período em que as antigas teorias racistas já estavam sendo superadas por interpretações mais centradas na cultura do que na biologia, forneceu as bases para a interpretação de que o Brasil era uma "democracia racial", onde o preconceito de cor não existiria.

Tal imagem do país foi forte o suficiente para atrair a atenção internacional quando, após o fim da segunda guerra mundial e com o trauma do holocausto fortemente impresso na memória coletiva, tornou-se urgente compreender os efeitos e causas do racismo, com o objetivo de combatê-lo em âmbito mundial. Ficou claro, neste momento, que o preconceito racial poderia ter conseqüências catastróficas, e que a luta contra o mesmo era uma condição essencial para a implantação de regimes democráticos, nos quais os direitos básicos da cidadania fossem garantidos a todos os cidadãos.

Neste quadro, em 1951, a UNESCO decidiu patrocinar estudos no Brasil, tido à época como um modelo de tolerância racial, com o objetivo de usar o caso nacional como exemplo a ser seguido em âmbito global. Os resultados de tal empreitada, no entanto, indicaram que o país, contrariamente à imagem corrente, sofria com o problema do preconceito racial (Maio, 1999; Guimarães, 2004). Não obstante, tais investigações encontraram dificuldades em serem assimiladas em um debate de âmbito nacional, pois a idéia de uma "democracia racial" servira a diversos governos como uma bandeira política, que permitia tanto construir uma imagem favorável do país no exterior quanto apaziguar conflitos internos. Com o advento da ditadura militar, tal posição levou inclusive ao impedimento de se discutir a questão,

especialmente após o recrudescimento do regime em 1968. A esquerda, por sua vez, também não se debruçava sobre o tema, por se manter firme em uma leitura economicista da sociedade que considerava questões como o racismo irrelevantes em relação ao tema maior da luta de classes. Neste contexto, acadêmicos e ativistas dos movimentos negros não tiveram espaço para colocar suas questões (Skidmore, 1991; Andrews 1997; Guimarães, 2004).

Foi somente a partir da segunda metade da década de 1970, e com especial intensidade durante o processo de redemocratização, que o debate pôde ser retomado. Uma nova geração de estudiosos e a reorganização do movimento negro foi tornando o assunto, pouco a pouco, um tema de maior destaque na discussão pública. E foi também a partir desta época que se fortaleceu a institucionalização de tentativas de promoção da igualdade racial no país pelos governos federais e estaduais, que culminou com a incorporação de dispositivos antidiscriminatórios na constituição de 1988 (Andrews, 1997; Guimarães, 2001).

Paralelamente ao contexto nacional, em âmbito mundial os debates sobre o racismo se desenvolveram em várias frentes, como os movimentos por direitos civis nos E.U.A e os processos de descolonização da África, bem como com as lutas contra o regime do Apartheid sul-africano. Quando, portanto, as discussões reapareceram no Brasil, se entrelaçaram com esses desenvolvimentos internacionais. E, durante todo esse período, a ONU, através da UNESCO ou de outras instituições, nunca deixou de discutir o assunto e apontá-lo como um problema extremamente difícil de solucionar Isto implicou diversas reorientações em suas políticas, bem como a organização de reuniões internacionais para a discussão dos avanços e dificuldades na luta internacional contra o preconceito racial (Godinho, 2009).

Foi no bojo das preparações para um destes encontros, a Conferência de Durban, em 2001, que os movimentos negros e os intelectuais brasileiros conseguiram que o governo federal reconhecesse oficialmente que o Brasil sofre com o problema do racismo. É importante salientar que, apesar das mudanças políticas e legislativas ocorridas no final dos anos de 1980, é somente nesta época que o poder público manifesta a disposição de, efetivamente, criar mecanismos de “discriminação positiva”, com o intuito de combater o

preconceito racial. Este acontecimento impulsionou o estabelecimento de políticas de ação afirmativa, como a polêmica questão das cotas para estudantes negros. Trouxe também novo destaque para a questão, alavancando uma nova fase de estudos na produção acadêmica.

Durante todo o período descrito acima, podemos afirmar que as ciências psicológicas pouco abordaram o problema. De fato, como destacamos anteriormente, coube à sociologia e à antropologia maior destaque nas investigações sobre o racismo, sendo que ambas chamaram a atenção, em suas respectivas abordagens, para as especificidades da questão no contexto brasileiro. É amplamente aceito atualmente que não existe racismo em si, mas diversas formas de expressão deste fenômeno, em estreita vinculação com contextos específicos. Não obstante, encontra-se ainda grande dificuldade em definir categorias como “raça, “negro” e “branco” no caso nacional, e, portanto, em definir o que é o preconceito racial. De fato, nesses campos, as discussões ainda se encontram em pleno desenvolvimento.

Grosso modo, podemos assinalar que essas duas disciplinas desenvolveram métodos diferentes para abordar a questão. Ambos revelam-se extremamente ricos e contribuem imensamente para o debate coletivo. Como todo desenho metodológico, no entanto, apresentam também suas limitações. Não se trata, portanto, de negar seu valor, mas, em diálogo com tais saberes, tentar delinear novos enquadres, buscando pensar como a psicanálise pode contribuir com a discussão.

A sociologia procurou investigar, prioritariamente, as assimetrias sócio-econômicas entre negros e brancos, pautando-se em trabalhos empíricos e dados estatísticos, analisados a partir de métodos quantitativos. De um modo geral, essa abordagem tende a priorizar a análise da infra-estrutura econômica, e não investe especificamente na problematização de idéias e imaginários, que podem ter influência no fenômeno do racismo e no modo como a população brasileira pensa a divisão entre negros e brancos (Hofsbauer, 2006)

A antropologia, por sua vez, buscou compreender justamente a dinâmica e as ambigüidades que presidem a formação de identidades étnicas no Brasil, ou seja, o modo do brasileiro pensar e viver categorias como “negro”, “branco” e “mulato”. Em muitos casos, trabalha a partir da idéia de uma estrutura, no sentido lévi-straussiano, que caracterizaria o

modo de ser brasileiro. Aqui, apesar do enfoque se dar sobre a formação do imaginário, este é visto muitas vezes de forma objetivada e, em alguns casos, de modo a-histórico. (Hofsbauer, 2003)

Acreditamos que a psicanálise possa fornecer subsídios para uma abordagem da dimensão emocional do racismo, considerado em sua vivência intersubjetiva, que leve em conta as condições históricas e políticas nas quais os indivíduos estão inseridos. Buscaremos, portanto, investigar como as vivencias de preconceito racial se encarnam na experiência de vida de negros brasileiros, como se manifestam seus efeitos emocionais e quais dramáticas mobilizam.Dialogaremos aqui com a obra de D. W. Winnicott, que compreende que o ser humano está em constante desenvolvimento emocional e possui potencialidades diversas, que podem se aprimorar quando existe um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1983). Com isso, haveria a possibilidade de se viver a continuidade do ser, a partir da relação com o meio, que engloba a convivência com o outro. Levando em conta tais aspectos, tentaremos compreender como a vivencia de ser vitima de racismo influi no desenvolvimento emocional daqueles que o sofrem. Para tanto, iremos trabalhar com narrativas de vida de negros, por considerarmos que suas histórias de vida podem ser representativas de como o preconceito racial se expressa no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDREWS, G. R.(1997) *Democracia racial brasileira 1900 – 1990: um Contraponto Americano*. Estudos Avançados 11 (30). P. 96 – 115.

BLEGER, J. (1984) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).

FERREIRA, J. C.; VAISBERG, T. M. J. A. (2004) . O *que era vidro quebrou-se*. Revista Portuguesa de Psicossomática, Porto- Portugal, v. 6, n. 1. p. 75-86.

GODINHO, R. O. (2009) *Normas e Redistribuição: um Estudo Sobre Condicionantes Internacionais das Políticas de Combate ao Racismo no Brasil.* Revista Brasileira de Política Internacional, 52 (1), p. 71 – 88.

GRANATO, T. M. M. ; RUSSO, R.C.T. ; VAISBERG, T. M. J. A. (2009). *O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginario de estudantes universitários sobre o cuidado materno*. Mudancas (IMS), v. 17, p. 43-48.

GUIMARÃES, A. S. A. (2001). *A Questão Racial na Política Brasileira (Os Últimos Quinze Anos)*. Tempo Social; Revista de sociologia da USP, São Paulo, 13 (2), p. 121 – 142.

GUIMARÃES, A. S. A (2004). *Preconceito de Cor e Racismo no Brasil*. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 47, p. 9 – 43.

GUIMARÃES, A. S. A. (2004) *O Projeto UNESCO na Bahia*. Comunicação ao Colóquio "O Projeto UNESCO no Brasil: uma volta crítica ao campo 50 anos depois", Centro de Estudos Afro-Orientais da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, entre 12 e 14 de julho de 2004.

HERRMANN, F. (1979) *O Método da Psicanálise*. SP. Ed. Brasiliense.

HOFSBAUER. A (2003) *O Conceito de "Raça" e o Ideário Do Branqueamento No Século XIX – Bases Ideológicas do Racismo Brasileiro*. Teoria e Pesquisa 42 e 43. p. 63 -110.

HOFSBAUER, A. (2006) *Ações Afirmativas e Debate sobre o racismo no Brasil*. Lua Nova, São Paulo, 68. p 9 – 56.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. B.(1967) *Vocabulário de Psicanálise*, Lisboa, Moraes Editora

MAIO, M. C. (1999) *O Projeto UNESCO e a Agenda das Ciências Sociais no Brasil dos anos 40 e 50*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol 14 n.41, p 141 – 159.

ORANGE. D. (1995) Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology. New York, Guilford Press.

SCHWARCZ, L. M. (1994). *Espetáculo da Miscigenação*. Estudos Avançados 8 (20) p 137 – 152

SKIDMORE, T. E. (1991). *Fato e Mito: Descobrindo um Problema Racial no Brasil*. Cadernos de Pesquisas. São Paulo, n. 79, p.5-16

O ADOLESCENTE NO CINEMA BRASILEIRO ATUAL: ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE O IMAGINÁRIO COLETIVO

Fabiana Follador e Ambrosi

Elisa Salles Fernande

Tânia Maria José Aiello Vaisber

PUC-Campinas

Resumo:

Inserida em ampla investigação acerca do fenômeno da exclusão social, a presente pesquisa volta-se ao estudo do imaginário coletivo presente em produções cinematográficas brasileiras, objetivando a identificação de concepções imaginativas, bem como dos campos de sentido afetivo-emocional a partir dos quais emergem. Justifica-se na medida em que é possível encontrar, tanto na literatura científica quanto no imaginário social, concepções, nem sempre baseadas na observação dos fenômenos, que consideram a adolescência de modo preconceituoso como momento intrínseca e inevitavelmente problemático. Esta compreensão tende a gerar condutas evitativas e persecutórias que afetam os modos pelos quais as gerações mais velhas se relacionam com os adolescentes. Nesta linha, tanto a busca como a recepção, pela clínica psicológica, de adolescentes em estado de sofrimento emocional, pode ficar significativamente afetada. Objetivo: investigar psicanaliticamente duas produções cinematográficas brasileiras realizadas na última década, nas quais figurem personagens

adolescentes: ‘Linha de Passe’ e ‘Meu Tio Matou um Cara’. Estratégias Metodológicas: A coleta do material clínico fez-se mediante a exposição do pesquisador, em estado de atenção equiflutuante, às produções cinematográficas. Posteriormente, realizaram-se narrativas transferenciais, onde foram registradas as memórias sobre a experiência e sentimentos e impressões vivenciados. As narrativas foram consideradas à luz do método psicanalítico em termos de captação interpretativa de campos de sentido afetivo emocional. Resultados: Foi possível captar os campos de sentido afetivo-emocional, organizadores das condutas emergentes: ‘As Possibilidades de Ser’, no primeiro filme mencionado e ‘O Adolescente Herói’, quanto à segunda produção. Discussão: A presença de imaginários que tanto nos conduzem a reflexões sobre as condições sócio-ambientais na atualidade quanto à apresentação dos jovens como indivíduos dotados de ação e iniciativa solucionadoras de conflitos, adicionam elementos na discussão acerca dos modos de relacionamento que a sociedade constrói com os adolescentes, frequentemente partindo de concepções preconceituosas e excludentes, impedindo, de certa forma, uma percepção mais humanizadora dos indivíduos e de suas necessidades.

Palavras-chave: pesquisa psicanalítica, imaginário coletivo, adolescência

INTRODUÇÃO

No cenário científico atual, encontramos diversas pesquisas focalizando a adolescência como principal objeto de estudo. Notamos uma tendência a classificá-la principalmente como uma fase da vida dos indivíduos, momento este associado a vivências preocupantes e problemáticas, de diversas ordens: aparecimento ou exacerbação de comportamentos transgressores, envolvimento com drogas, descobrimento imaturo da sexualidade, entre outros. Nesse panorama, os jovens são considerados, principalmente, problemáticos e imaturos, causadores de dissabores familiares e sociais e de ações prejudiciais aos seus futuros.

Encontramos estudos que abordam questões ligadas à sexualidade, concentrando-se na gravidez ou parentalidade indesejada (Vidal e Ribeiro, 2008; Oliveira, 2008; Saito e Leal, 2005; Vieira, Saes, Doria e Goldberg, 2006; Carvalho, Merighi e Jesus, 2009), nas doenças sexualmente transmissíveis, principalmente enfatizando a AIDS (Nunes e Andrade, 2009, Taquette, Andrade, Vilhena e Paula, 2005; Lima e Pedro, 2008), na homossexualidade masculina como prostituição (Taquette, Vilhena, Santos e Barros (2005). Importante também são as investigações centradas no uso de álcool e drogas (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004), no envolvimento com violência, seja como autor ou como vítima (Penso e Sudbrack, 2004; Marty, 2006; Francischini e Souza Neto, 2007) e, finalmente na relação envolvendo os jovens em acidentes de trânsito, de trabalho e outros (Martins, 2006; Sauer e Wagner, 2003; Franciozi, 2008).

Embora mostrem que muitos indivíduos vivenciam a adolescência de modo francamente perturbado, vale notar que os estudos apontados partem de situações bastante específicas – como a investigação em uma região de prostituição ou de um serviço de ortopedia, enfocando o levantamento de indivíduos politraumatizados – o que nos leva tanto a refletir sobre o significado desses resultados em termos populacionais como também a ponderar sobre certa ausência de investigações sobre a adolescência saudável nos dias de hoje.

Partindo dessas considerações, entendemos ser importante mencionar que a carência de pequisas sobre a saúde ou o desenvolvimento saudável dos jovens pode comprometer a compreensão das condições e das condutas desta população, gerando incremento de imaginários preconceituosos, relacionando o adolescente a uma figura intrinsecamente problemática (Pontes, 2011). Essa questão nos é cara, quando consideramos que as condutas preoconceituosas e excludentes, bem como formas fóbicas de evitação ou perversão social, podem camuflar-se sob uma aparência de interesse e preocupação.

Intencionando investigar o fenômeno do preconceito contra adolescentes, bem como contribuir no desenvolvimento de dispositivos clinicamente eficazes na transformação de

condutas preconceituosas por outras, mais solidárias e amadurecidas, o estudo que ora desenvolvemos vincula-se a investigação mais ampla[51] e particulariza-se ao voltar-se ao estudo de produções culturais cinematográficas brasileiras que, por sua própria natureza, veiculam imaginários coletivos.

O estudo dos imaginários coletivos assenta-se na busca do substrato afetivo emocional organizador das condutas humanas. Dessa forma, tal investigação volta-se para o emergente manifesto de um campo subjacente de natureza psicológica não consciente (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008).

Em interlocução com o pensamento blegeriano (Bleger, 1963), que afirma que o objeto de estudo da Psicologia são as condutas humanas, objeto concreto por natureza, compreendemos os imaginários coletivos como condutas emergentes de um âmbito coletivo, expressando-se na área mental (Aiello-Vaisberg e Ambrosio, 2006).

Intencionando compreender as motivações afetivo-emocionais presentes na cultura brasileira na atualidade, sustentadoras das concepções sobre os jovens e, em decorrência, das condutas frente a eles, no presente estudo investigamos o conjunto de crenças, imagens e emoções que um determinado grupo social produz acerca de um fenômeno, influenciando suas ações em relação a ele (Aiello-Vaisberg e Ambrosio, 2006) – o imaginário coletivo.

Esperamos, deste modo, também produzir conhecimento sobre o ambiente social mais amplo, apontando para as condições psicológicas da sociedade brasileira na atualidade.

[51] O presente estudo encontra-se inserido dentro de projeto "guarda-chuva", intitulado "Potencialidade Mutativa de Enquadres Diferenciados na Superação de Condutas Preconceituosas contra Adolescentes", desenvolvido em âmbito de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia nesta Instituição. Para maiores informações, sugerimos acessar o *curriculum lattes* na plataforma CNPq, de Tânia Aiello-Vaisberg, orientadora dos trabalhos.

OBJETIVO

O presente trabalho, constituído por dois estudos de caso (Stake, 2005), tem como objetivo investigar psicanaliticamente produções cinematográficas brasileiras realizadas nos últimos dez anos, onde figurem personagens adolescentes, buscando captar o imaginário coletivo sobre adolescência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Optamos pela escolha de dois filmes brasileiros, “Meu tio matou um cara”, dirigido por Jorge Furtado, e “Linha de Passe”, de Walter Salles, uma vez que discorrem sobre temáticas onde personagens jovens encontram-se efetiva e participativamente presentes na trama.

A coleta de material contou com a exposição das pesquisadoras às produções cinematográficas em estado de atenção flutuante e de posterior registro em termos de confecção de narrativas psicanalíticas. Dessa forma, valemo-nos do método psicanalítico desde o momento do contato com o material, ao serem realizadas as narrativas, vale dizer, registrando em primeira pessoa as impressões, emoções, a memória dobre a história, o impacto emocional resultante do encontro com as produções (Aiello-Vaisberg et all, 2009; Granato e Aiello-Vaisberg, 2004), até a criação/encontro dos campos de sentido afetivo-emocional.

Vale a pena ressaltar que o termo ‘criação/encontro’ encontra confluência com o conceito winnicottiano de transicionalidade (Winnicott, 1971), onde o autor, de modo inovador, relaciona a saúde emocional a um posicionamento existencial vinculado à experiência de *criar exatamente o que lá estava para ser encontrado*. No caso de nossas pesquisas sobre imaginários coletivos, compreendemos a criação/encontro dos campos de sentido afetivo-emocional como uma interpretação possível para a conduta focalizada, concepção amparada pelo uso do método psicanalítico.

RESULTADOS

A partir do contato das pesquisadoras com o filme "*Linha de Passe*" foi possível criar/encontrar um campo de sentido afetivo-emocional, denominado "As Possibilidades de Ser", organizado pela crença que relaciona todas as condutas humanas às condições do ambiente humano em que estão inseridas.

Tratando-se do filme "*Meu Tio Matou um Cara*", também criamos/encontramos interpretativamente um campo de sentido afetivo-emocional, denominado "O Adolescente Herói". Tal campo organiza-se ao redor da crença na existência de um personagem heróico, um adolescente salvador dos conflitos e dos perigos.

DISCUSSÃO

A partir do contato com a produção "*Linha de Passe*", pudemos notar que o campo de sentido afetivo-emocional dela decorrente relaciona-se não tão estreitamente à problemática adolescente, como vimos encontrando na literatura científica já mencionada, mas sim insere os jovens em uma condição mais ampla e universal – a condição humana. Dessa forma, anterior à constituição das características próprias de um momento culturalmente descrito como adolescência, encontramos seres humanos imersos em questionamentos e problemáticas inerentes a todos os indivíduos e presentes em todas as faixas etárias.

Compreendemos que condições como maternagem, rebeldia, dificuldades existentees nas relações interpessoais, falta de investimento nos estudos e/ou trabalho, relacionam-se às características mais ou menos humanizadoras do ambiente, às condições mais ou menos éticas do mundo em que vivemos. Interessante notar que esta forma de conceber as possibilidades humanas aproxima-se sobremaneira das colocações winnicottianas acerca do conceito de *ambiente suficientemente bom* (Winnicott, 1945), condição indispensável à saúde mental.

Ao apreendermos a comunicação existente no filme "*Meu Tio Matou um Cara*" como a descrição de um herói adolescente, fantástico, solucionador dos enigmas da trama, encontramo-nos num universo onde os adolescentes aparecem dotados de poder de ação sobre o mundo. Suas realizações apresentam natureza benéfica, restaurando aa ordem das coisas, opondo-se francamente às dos personagens adultos. Nesse cenário, os jovens são tidos como os únicos salvadores, mesmo quando atuam oculta ou silenciosamente.

Surpreendeu-nos notar que esta concepção da adolescência é discordante da que vimos notando nos imaginários sobre adolescência pesquisados, onde os jovens são apresentados como seres problemáticos, apáticos, sem opiniões próprias, fracos e alienados (Cabreira, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007a; Cabreira, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007b; Cabreira, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007c; Barcelos, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Busnardo, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Montezi, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2008; Barcelos, Pontes, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2010).

Pareceu-nos que ambos os imaginários criados/encontrados a partir do encontro com as produções cinematográficas podem vir a iluminar uma mesma dificuldade, de ordem relacional, ocorrendo entre as gerações: o adolescente herói, mesmo resoluto e restaurador da ordem, é quase um personagem fantástico, aproximando-se dos protagonistas de séries policiais ou de histórias em quadrinhos. Isso pode indicar uma tentativa de negação, por parte dos adultos, das possibilidades de realização dos jovens, ao desqualificar suas iniciativas. Concomitante a esse quadro, também nos deparamos com a apresentação da frágil existência humana, inerentemente dependente das condições do ambiente circundante, relativizando todasas condutas humanas.

É importante assinalar que o mal estar adolescente interroga a todos e a cada um de nós acerca do tipo de vida que estamos levando, do futuro que pretendemos, do modo como temos preparado e educado as gerações mais jovens, dos valores que cultivamos. Entretanto, movemo-nos sobre terreno perigoso, uma vez que o preconceito e a paranóia são, com

certeza, formas psicopatológicas que não contribuem para o desenvolvimento de modalidades de relação inter-humanas mais respeitosas, éticas e solidárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. et all. Les Récits Transferenciels comme Présentation du Vécu Clinique: Une Proposition Méthodologique. In Daniel Beaune et Thamy Ayouch (orgs.) *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris, L'Hartmann, 2009.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. & MACHADO, M.C.L. Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In Josette Monzani e Luiz R. Monzani (orgs.). *Olhar: Fabio Herrmann* - Uma Viagem Psicanalítica. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH- UFSCar, 311-324, 2008.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. & AMBROSIO, F.F. e (2006). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. In Aiello-Vaisberg, T.M.J.e Ambrosio, F.F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer:*Imaginários coletivos como mundos transicionais**.** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

BARCELOS, T. F; PONTES, M. L. S; TACHIBANA, T. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Rev. Psicologia: Teoria e Prática*, 12, p.85-96.

BARCELOS, T. F.; PONTES, M. L. S; TACHIBANA, M. & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2008). Desastre na vida sexual: o imaginário coletivo de adolescentes sobre a gravidez na adolescência. In: *Anais*da Jornada de pesquisa em psicanálise e fenomenologia, 2, Campinas: PUC-Campinas.

BLEGER, J. (1963/1984). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

BUSNARDO, J; PONTES, M. L. S; TACHIBANA, M. & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2008). De castigo e de mão beijada: o imaginário coletivo de adolescentes sobre seus pais. In:

*Anais*da Jornada de pesquisa em psicanálise e fenomenologia, 2, Campinas: PUC-Campinas.

CABREIRA, J. C., PONTES, M.L. DA S. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007a). "Entre dois caminhos": o imaginário coletivo de adolescentes sobre o uso de álcool e drogas. [Texto completo]. *Anais* do XII Encontro de Iniciação Científica. Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

CABREIRA, J. C., PONTES, M.L.S. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007b). "Incompreensão, vazio e oposição pueril": o imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. In:*Anais* da Jornada de Pesquisa em Psicanálise e fenomenologia,1, Campinas,SP: PUC-Campinas.

CABREIRA, J. C., PONTES, M.L.S., TACHIBANA, M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007c). Ódio e discriminação contra "emos": um estudo sobre o imaginário coletivo de adolescentes. [Texto completo]. *Boletim do Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região*, 10 (15), 227-242.

CARVALHO, G.M.; MERIGHI, M.A.B. & JESUS, M.C.P. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto contexto–Enfermagem*, vol.18, n.1, pp. 17-24, 2009.

FRANCIOZI, C.E.S. Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital Público. *Acta Ortopédica Brasileira*, vol.16, n.5, pp. 261-265, 2008.

FRANCISCHI NI, R. & SOUZA NETO, M.O. Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: Projeto Escola que Protege. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, vol.19, n.1, pp. 243-251, 2007.

GRANATO, T.M.M. & AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12 (2), 253-271.

LIMA, A.A.A. & PEDRO, E.N.R. Growing up with HIV/AIDS: a study on adolescents with HIV/AIDS and their family caregivers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.16, n.3, p. 348-354, 2008.

MARTINS, C.B.G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.59, n.3, pp. 344-348, 2006.

MARTY, F. Adolescência, violência e sociedade. *Agora*, vol.9, n.1, p. 119-131, 2006.

MONTEZI, A. V.; PONTES, M. L. S; TACHIBANA, M. & AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2008). O mundo marcado: o imaginário coletivo de jovens sobre a adolescência contemporânea. In: *Anais* da Jornada de pesquisa em psicanálise e fenomenologia, 2, Campinas: PUC-Campinas.

NUNES, E.L.G. & ANDRADE, A.G. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia e Sociedade*, vol.21, n.1, p. 45-54, 2009.

OLIVEIRA, R.C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. *Saúde e Sociedade*, vol.17, n.4, pp. 93-102, 2008.

PECHANSKY, F. SZOBOT, C. M. & SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol. 26, suppl.1, p. 14-17, 2004.

PENSO, M.A. & SUDBRACK, M. F. Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. *Psicologia-USP*, vol.15, n.3, p. 29-54, 2004.

PONTES, M.L.S. (2011) A Hora 'H': o imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência.*Dissertação de Mestrado*, Faculdade de Psicologia, pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

SAITO, M.I. & LEAL M.M. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*, vol.25, n.2, pp. 180-186, 2007.

SAUER, M.T.N. & WAGNER, M.B. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, n.5, p. 1519, 2003.

STAKE, R.E. Qualitative Case Studies. In N. K.Denzin and Lincoln, Y.S. (Eds.) *Qualitative Research*. London, Sage, 2005.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; SANTOS, U.P.P. & BARROS, M.M.V. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.10, n.2, p. 399-407, 2005.

TAQUETTE, S.R., ANDRADE, R.B., VILHENA, M.M. & PAULA, M.C. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol.51, n.3, pp. 148-152, 2005.

VIDAL, E.I. & RIBEIRO, P.R.M. Algumas Reflexões sobre Relacionamentos Afetivos e Relações Sexuais na Adolescência. *Fractal*: Revista de Psicologia, 20 (2), 2008.

VIEIRA, L.M.M.; SAES, S.O., DORIA, A.A.B.E. & GOLDBERG, T.B.L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol.6, n.1, pp.135-140,2006.

WINNICOTT, D.W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. Em Winnicott, D.W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.).Rio de Janeiro: Francisco Alves.

WINNICOTT, D.W (1971) *Playing and Reality*.London, Tavistock/Routledge, 1991.

CAMINHOS POSSÍVEIS: O IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFESSORES SOBRE O ADOLESCENTE CONTEMPORÂNEO

Tomiris Forner Barcelos
Walkiria Cordenonssi Cia
Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Universidade de São Paulo

Resumo: Partindo de uma perspectiva psicanalítica, que concebe o amadurecimento emocional intrinsecamente ligado ao ambiente vivido, investigamos o imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. Realizamos uma entrevista grupal para abordagem da pessoalidade coletiva, fazendo uso do Procedimento de Desenhos–Estórias com Tema, que foi registrada por meio da elaboração de uma narrativa transferencial. O material foi considerado à luz do método psicanalítico, tendo em vista a produção de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. Chegamos à interpretação de três campos: “Inútil! A gente somos inútil”, “Você tem fome de quê?” e “No caminho do bem”. O quadro geral indica que os adolescentes figuram, no imaginário dos professores de modo predominantemente negativo, desvalorizado e pessimista.

Palavras – Chave: Adolescência; Professores; Imaginário Coletivo; Procedimento Desenhos–Estórias com Tema;Educação.

Introdução

Compreendo a psicologia, em sua vertente psicanalítica, como ciência humana, adotamos uma perspectiva epistemológico segundo a qual os fenômenos humanos não podem ser compreendidos dissociados do contexto em que acontecem. Dessa forma, repudiamos propostas metodológicas que se realizam pela via da investigação de condutas humanas como se fossem fenômenos abstratos e descolados das situações reais, históricas e presentes, nas quais transcorre sua vida (BLEGER, 1963/1989; GREENBERG; MITCHELL, 1994; STOLOROW, 2000).

Constatamos, pela própria observação de interações cotidianas, uma tendência atual a se referir à adolescência como uma etapa inata dos seres humanos, muitas vezes atribuída de características de cunho negativo. Criticamos tal postura, alinhando-nos a autores que defendem a importância deolhar para os jovens nos contextos em que estão inseridos, bem como a de realizar pesquisas que possibilitem a expressão dos adolescentes[52], favorecendo o conhecimento de como se vêem e não apenas como são descritos, possibilitando a realização de um estudo compreensivo (CAMPS, 2009; SALLES, 2005; BARRETO, 2006, 2007; PRATTA e SANTOS, 2007). Ouvir a "voz" dos adolescentes nos parece fundamental nestes tempos em que as ciências humanas avançaram no sentido da superação de enfoques objetivantes, antes concebidos como única forma de produção de estudos rigorosos, para entender como os entrevistados comunicam suas experiências como sujeitos e como pessoas (GILLIGER,1993).

Quando organizamos nossos estudos a partir de um modelo intersubjetivo de produção do conhecimento, que inclui a consideração do contexto inter-humano, em planos sociais, políticos, culturais e históricos, percebemos que, para estudar a questão da adolescência, é fundamental a realização de trabalhos em que docentes que trabalham com adolescentes pudessem ser ouvidos, uma vez que compõem, inevitável e concretamente, o mundo vivido pelo jovem brasileiro na atualidade. Assim, voltamo-nos para o estudo das relações entre os professores e os alunos de ensino médio, na medida em que entendemos que os educadores

[52] Temos realizado pesquisas nesse sentido: CABREIRA, PONTES, TACHIBANA e AIELLO-VAISBERG, 2007; BARCELOS, PONTES, TACHIBANA e AIELLO-VAISBERG, 2008

participam do processo de preparação do jovem para a vida adulta, mesmo quando sua visão sobre si mesmos se mantém restrita a de meros transmissores de conhecimento e responsáveis pelo desenvolvimento cognitivo (ZIBETTI, 2004; COVAL, 2006; BRANDÃO, 2008).

A relevância de escutar o que os docentes têm a dizer em relação aos jovens vai além dessa questão, uma vez que estão inseridos em um ambiente mais amplo, de transformações, pelas quais passam o sistema de ensino, a ciência e a sociedade de um modo geral. Além disso, existem fatores, como a instabilidade econômica, a perda de referências culturais e o avanço de novas tecnologias, que demandam revisão de bases educativas e de percursos formativos para atender às demandas do jovem atual (WISNIVESKY, 2003; BRANDÃO, 2008).

Esperamos que, a partir de nosso estudo, possamos ter uma visão mais ampla em relação tanto aos adolescentes, quanto à visão imaginativa que os docentes têm desses, possibilitando que pensemos em práticas psicoprofiláticas que sejam tanto preventivas quanto interventivas e que favoreçam o amadurecimento emocional dos adolescentes. Chamamos a atenção para o fato de que se trata, neste caso, de uma visão imaginativa, na medida em que o modo como as pessoas se vêem se constitui de modo sumamente complexo e plasmada em elaborações subjetivas prévias, a partir das quais se entra em contato com os acontecimentos, a cada momento.

Metodologia

Em nossas pesquisas temos usado o método psicanalítico, baseando-nos em BLEGER (1963/1989), autor que considera o homem em sua concretude, concebendo que toda conduta é um conjunto de manifestações, vale dizer, de fenômenos humanos, que devem ser abordados a partir de sua contextualização pessoal, social e de ação no mundo. Dentre os grupos de condutas, voltamo-nos, neste momento, tanto para as manifestações simbólicas, vale dizer, as crenças, imagens e emoções, que temos denominado de imaginário coletivo,

como para alguns de seus produtos, como desenhos e histórias (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2006). Não o fazemos por crer que a mente "cause" o comportamento externo, mas entendendo que a conduta, como fenômeno unitário, expressa-se, a cada momento, coerente ou contraditoriamente, como conduta simbólica ou mental, como conduta corporal e como conduta de atuação no mundo externo, que eventualmente gera produtos materiais (BLEGER,1963).

Dessa forma, contatamos uma pequena escola pública de uma cidade do interior de São Paulo, e realizamos uma pesquisa abordando oito educadores de ensino médio, através de uma entrevista grupal para abordagem da pessoalidade coletiva (ÁVILA; AIELLO-VAISBERG, 2008), tendo como objetivo, conhecer o imaginário coletivo dos professores sobre os adolescentes. O encontro foi realizado na sala dos professores, onde os docentes sentaram ao redor de uma mesa na qual estava todo o material disponível, como papel sulfite, lápis preto, lápis de cor, canetas hidrocor, entre outros. Este encontro foi realizado em horário de "HTPC" (Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo), momento institucionalmente previsto para reuniões, por ser um período em que todos estavam disponíveis.

Utilizamos o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, de AIELLO-VAISBERG (1999), em que o participante é convidado a realizar um desenho sobre um tema específico e, em seguida, a contar uma história sobre a produção. Trata-se de tarefa que concebemos de acordo com as linhas paradigmáticas, de caráter essencialmente intersubjetivo, pelas quais se define o Jogo do Rabisco (WINNICOTT, 1964-1968/1994), o que permite um uso do Procedimento como recurso mediador potencialmente facilitador da comunicação emocional.

Pedimos aos docentes que fizessem, individualmente, um desenho-estória segundo o tema "um adolescente nos dias de hoje", visando favorecer a emergência de visões imaginativas sobre os jovens. Quando todos terminaram, abrimos um espaço para que pudéssemos conversar sobre a atividade ou qualquer outro assunto que surgisse, seguindo a abertura preconizada pelo método psicanalítico.

Após o encontro, realizamos narrativas psicanalíticas (AIELLO VAISBERG, et al., 2009), como forma de registrar a experiência vivida, buscando lembrar do ocorrido durante a

entrevista por meio de associações livres e atenção equiflutuante, tendo em vista facilitar a emergência daquilo que tivesse sido emocionalmente significativo. Entendemos que na narrativa se integram o acontecer vivenciado pelo grupo e a subjetividade compreensiva do pesquisador (GRANATO, CORBET e AIELLO VAISBERG, 2011; GRANATO e AIELLO VAISBERG, 2004).

Elaboradas por escrito, as narrativas e os Desenhos-Estória com Tema dos professores, que juntos compõe o material clínico da presente investigação, foram apresentadas ao grupo de pesquisa, não como forma de unificar as interpretações, mas buscando aproveitar a multiplicidade de olhares e a riqueza das reflexões acerca do material clínico. A partir do debruçar sobre todo o material, buscamos produzir interpretativamente os campos de sentido afetivo-emocional, que temos entendido, através dos conceitos de campo de Bleger (1963/1989) e de Herrmann (2001), como o conjunto das regras lógico-emocionais que sustentam o imaginário coletivo(AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008).

Nessa pesquisa, pudemos interpretar três campos de sentido afetivo-emocionais, “Inútil! A gente somos inútil”, “Você tem fome de quê?” e “No caminho do bem”, que apresentamos a seguir.

Campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos

O primeiro campo de sentido afetivo-emocional interpretado foi denominado de “Inútil! A gente somos inútil[53]”. Seria regido pela regra lógico-emocional de que ser adolescente equivale a não assumir condutas colaborativas, prestativas e construtivas em relação aos demais, na vida cotidiana. Para ilustrar, introduzimos uma vinheta clínica[54]:

Quando Lucas foi apresentar seu desenho ao grupo, disse que a princípio pensou em não desenhar nada, porque acha que a cabeça do adolescente é vazia, não tem nada, pelo

[53] Trecho da música “Inútil” da banda Ultraje a Rigor

[54] As vinhetas são referentes às narrativas e às produções gráficas. Todos os nomes são fictícios, visando preservar o sigilo e o anonimato, como prevê o Código de Ética de Psicologia.

menos nada que preste, mas achou que iria parecer preguiça dele e por isso fez o desenho de um jovem andando de skate e com fones de ouvido,

Em seguida, relatou que é isso o que pensa, que os adolescentes estão cada vez menos interessados em coisas que sejam úteis, produtivas e só se ligam em porcarias, não pensam em nada com que possam produzir algo.

Já o segundo campo, denominado de "Você tem fome de quê?[55], é subjacente às produções em que o adolescente é visto como pessoa fundamentalmente consumista, que só quer receber. A vinheta a seguir ajuda a clarificar tal imaginário:

Joel pediu para falar depois de seu colega de trabalho, que havia apresentado seu desenho e comentado muito sobre acreditar que os jovens são produto mercadológico da sociedade consumista em que vivemos, pois também pensava de forma semelhante. Primeiro apresentou sua produção, explicando que havia feito um adolescente dirigindo uma moto e com um celular ao lado. Em seguida, leu a história: "...Nós queremos curtir a natureza, pilotamos uma moto super potente e o celular com mp10. Mas nunca se preocupa em como chegar nesse nível...". Relatou que acha que os jovens de hoje falam muito de carros, de moto e que disso entendem tudo, mas que não pensam em como fazer conseguir essas coisas. Disse que os vê buscando de forma errada, pois é mais fácil obterem o que querem e que por isso acabam se afastando da escola e da educação em geral.

O último campo encontrado, "No caminho do bem[56]", refere-se às produções que são regidas pela regra lógico-emocional de que durante a adolescência o indivíduo se define em termos morais, como pessoa honesta e confiável ou como pessoa de caráter duvidoso. A vinheta a seguir possibilita compreender essa crença:

[55]Trecho da música "Comida" da banda Titãs.
[56]Trecho da música "O caminho do bem" de Tim Maia.

Marcos apresentou seu desenho ao grupo explicando que havia feito um jovem parado entre três caminhos e com pontos de interrogação sobre a cabeça. Em seguida contou que entende que os jovens têm muitas possibilidades de escolha, mas que sempre podem pegar o caminho errado. Falou que entende que no caminho do mal estão presentes as drogas e as formas de conseguir dinheiro fácil, enquanto, no caminho do bem, estaria a educação.

Reflexões teórico-clínicas

Os três campos interpretativamente produzidos podem gerar uma série de reflexões e considerações, já que o fenômeno abordado, o imaginário de professores sobre adolescentes, dos dias atuais, corresponde a fenômeno complexo e multifacetado. No momento, optamos por nos limitar a tecer considerações iniciais.

No campo “Você tem fome de quê?”, notamos um imaginário que chama a atenção, na medida em que se trata de uma escola pública, levando-nos a refletir sobre o quanto a sociedade, como um todo, independentemente do poder aquisitivo, encontra-se regida pela regra lógico-emocional do consumo. O que nos ocorre é que, talvez, esse imaginário tenha aparecido em função da cultura em que vivemos, na qual o consumismo é pregado, direta ou indiretamente, principalmente pelas diferentes formas de comunicação de massa. Pensando na sociedade, na qual estamos inseridos, em que há valorização excessiva da imagem que deve estar acordo com os padrões estabelecidos, é possível perceber a necessidade das pessoas de buscarem realização pessoal em coisas materiais (BAUMAN 2008; CAMPS, 2009).

A percepção do jovem como pouco ativo e colaborador deriva, provavelmente, de experiências em relação às quais os alunos na devem demonstrar muito entusiasmo. Se este problema existe, certamente merece ser mais profundamente investigado. A nosso ver, tanto pode derivar do descompasso na comunicação, que nem sempre respeita os estilos expressivos dos adolescentes, como numa problemática mais profunda, ligada à falta de perspectivas e esperança de realização no futuro. Junto a tais reflexões, podemos pensar que

talvez os educadores, num nível mais profundo, estivessem comunicando o quanto se sentem inúteis, uma vez que não conseguem fazer aquilo a que se dispõem. Tais profissionais mostram-se, a nosso ver, um tanto nostálgicos, por sentirem-se desvalorizados quando se comparam aos educadores de antigamente, que tinham sua profissão mais reconhecida, eram vistos como grandes sábios e eram altamente respeitados, não só pelos alunos, mas pela sociedade em geral (ZIBETTI, 2004; GUTIERRA, 2005; BRANDÃO, 2008). Acreditamos que estão vivendo uma mudança de paradigma em relação ao lugar que ocupam no sistema, uma vez que os jovens de hoje parecem desconfiar do mundo, dos ideais transmitidos, e principalmente dos grandes representantes destes ideais do mundo adulto, os professores, fato que seria considerado inaceitável há alguns anos (GUTIERRA, 2005).

No imaginário segundo o qual a adolescência seria fase de definição moral, pudemos perceber que, ao mesmo tempo em que alguns docentes falaram que caberia aos jovens escolher, outros trouxeram a crença de que caberia aos educadores guiar seus alunos.

O que pudemos notar é que, em todos os campos, há certa queixa dos professores, como se sentissem rejeitados pelos adolescentes. É como se comunicassem uma rejeição ao seu trabalho, pois os jovens ou encontram outras formas de conseguir dinheiro para comprar o que desejam, ou têm um viver tão inerte que não precisam da educação, ou ainda optam pelo caminho do mal, onde não há espaço para os docentes.

Pensando nisso, percebemos que há necessidade de rever como estão as relações que se dão no ambiente escolar, principalmente entre alunos e professores, para que cada vez mais os docentes possam auxiliar no desenvolvimento emocional de seus alunos, a partir do vivenciar um ambiente facilitador, em que conseguissem ter um viver criativo, por exemplo, tendo recursos para lidar com as questões que surgem e que não dizem respeito ao conteúdo pedagógico. Entendemos que assim o ambiente da escola pode tornar-se mais favorecedor ao desenvolvimento dos jovens.

Com tudo isso, não podemos deixar de lado o fato de os docentes comunicarem que em seu imaginário, percebem certo abandono à escola, por parte dos alunos. Mesmo que não seja um abandono literal, de desistir de estudar, é preciso refletir sobre o porquê os

professores estariam colocando, não de forma consciente, que os jovens não consideram a escola e a educação como importantes, acarretando nesse movimento de buscar outros lugares e outros conhecimentos e o que isso causa, emocionalmente, aos docentes.

Ponderando que ao final do encontro, quando todos estavam guardando suas coisas, o coordenador, que também é professor, veio nos pedir que voltássemos mais vezes, nem que fosse para darmos algum tipo de palestra para os alunos, entendemos esse pedido como uma possível carência que pode estar rondando o ambiente educacional. Assim, como já colocou WINNICOTT (1968), *onde houver o desafio do rapaz ou da moça em crescimento, que haja um adulto para aceitar o desafio*, compreendemos a necessidade de se pensar em um espaço de acolhimento aos docentes, como já colocado em estudo anterior (ÁVILA; AIELLO-VAISBERG, 2008), pensando que ao vivenciarem uma sustentação emocional, num espaço em que suas angústias sejam acolhidas, poderão ser capazes de oferecer isso aos alunos.

Referências:

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. 1999. 197f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários coletivos como mundos transicionais.* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006, p. 5-8.

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, 2008, p. 311-324.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. *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.

AVILA, C. F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J.. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*: Ribeirão Preto, São Paulo, v. 18, n. 39, p. 155-164. 2008. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 04 out. 2011.

BARCELOS, T. F. et al. Desastre na vida sexual: o imaginário coletivo de adolescentes sobre a gravidez na adolescência. In: JORNADA DE PESQUISSA EM PSICANÁLISE E FENOMENOLOGIA, 2., 2008, Campinas: PUC-Campinas.

BARRETO, M. A. M. D*o vôo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes.* 2006. 197f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2006.

BARRETO, M. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Escolha profissional e dramática do viver adolescente. *Psicologia & Sociedade*, v.19, n.1, p. 107-114. 2007.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia da conduta*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p. 242.

BAUMAN, Z. *Vida para consumo:* a transformação de pessoas em mercadoria. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BRANDÃO, S. R.. O percurso formativo de jovens na sociedade contemporânea. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 455-466, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000400004&lng=pt&nrm>. Acesso em: 04 out. 2011.

CABREIRA, J. C. et al. “Incompreensão, vazio e oposição pueril”: o imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. In: JORNADA DE PESQUISA EM PSICANÁLISE E FENOMENOLOGIA, 1, 2007b, Campinas. Disponível em: <HTTP://200.18.252.57/services/monografias/ANAIS>12ABR07.pdf. Acesso em: 04 out. 2011.

CAMPS, C. I. C. M. *O Ser e Fazer na escolha profissional :*atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*.* 2009. 204f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

COVAL, M. A. S. *A representação social da adolescência e do adolescente e expectativas de práticas pedagógicas de futuros profissionais.* 2006. 153f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.2006.

GILLIGAN, CAROL In a differente voice. Cambridge, Harvard,1993.

GRANATO, T.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v.12, n 2, p. 253-271, 2004.

GRANATO, T.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo,* Maringá*,* v. 16, n.1, p. 157-163, 2011.

GEENBERG, J; MITCHEL, S. A. *Relações objetais na teoria psicanalítica.* Tradução Emilia de Oliveira Dieh.Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GUTIERRA, B. C. C. Adolescência e Contemporaneidade: efeitos na educação. In: ISIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. Disponível em:<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200035&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. de2011.

HERRMANN, F. *Introdução à Teoria dos Campos.* São Paulo: Casa do Psicólogo,2001.

PRATTA, E. M. M. S.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros.*Psicologia em Estudo,* Maringá. v.12, n. 2, p. 247-256, mai./ago, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 out. 2011.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, mar. 2005. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005. Acesso em: 12 de out. 2011.

STOLOROW, R. Psicanálise relacional: entrevista com Robert Stolorow. *Percurso*, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 97-102, 2000. Disponível em: http://www2.uol.com.br/percurso/. Acesso em: 12 out. 2011.

WINNICOTT, D. W. (1964-1968). O Jogo do Rabisco. In: WINNICOTT, C.: (Org.). Tradução José Octavio Aguiar de Abreu. *Explorações Psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 230-243.

_____. (1968) Conceitos Contemporâneos de Desenvolvimento Adolescente e suas Implicações para a Educação Superior. In: _____. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

WISNIVESKY, M. *Psicologia e formação docente:* indícios de uma relação. 2003. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.

ZIBETTI, M. L. T. A angústia no ofício do professor. *Psicologia Escolar e Educacional,* Campinas, v.8, n. 2, p. 219-225, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-85572004000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 out. 2011.

"TUDO POR CAUSA DELE" O IMAGINARIO DE PRESIDIARIAS SOBRE SUA EXPERIENCIA DE VIDA

Maria Julia Chinalia
Fabio Riemenschneider
Tania Maria Jose Aiello Vaisberg
PUC-CAMPINAS

Resumo O presente trabalho tem como objetivo estudar a experiência emocional de presidiárias, inscrevendo-se como etapa de uma pesquisa maior que visa produzir conhecimento sobre inclusão social posterior à liberação. Organizou-se metodologicamente por meio de conversas informais, em situações individuais e grupais com dezenove mulheres, com penas que se referiam, em sua maioria, a crimes relacionados com o tráfico de drogas em um presídio do interior paulista. Foram elaboradas narrativas transferenciais após os encontros, que, abordadas psicanaliticamente, permitiram a produção compreensiva de um campo de sentido afetivo-emocional que denominamos "tudo por culpa dele". Este campo se organiza em torno da crença de que estas mulheres cometem infrações porque foram conduzidas pelos seus cônjuges. O quadro geral revela uma situação curiosa, no qual as mulheres aparecem como ativas e capazes de atuar de modo delituoso mas também como figuras lideradas por seus companheiros, segundo padrões conservadores em termos de relações de gênero.

Palavras-chave: Imaginário coletivo, presidiárias, relação conjugal, visão de futuro, psicanálise, intervenção e prevenção.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a experiência emocional de presidiárias de uma unidade prisional que concentrava pessoas em cumprimento de pena por tráfico e/ou uso de drogas

Nosso país é tradicionalmente desigual no âmbito social, e a concentração de renda figura como um dos fatores determinantes para tal desigualdade. Os resultados destas peculiaridades tornam a questão da segurança pública um dos maiores desafios de nossa sociedade. Na falta de políticas mais eficientes para se lidar com este problema, temos visto que encarceramento é a maneira mais utilizada para dar conta de um problema que vai muito além da privação de liberdade. Somos, desta forma, produtores de violência e de exclusão, e não nos apercebemos disto.

Tal situação leva aos presídios um número cada vez maior de pessoas, e cria condições que, ao invés de coibirem a violência, acaba por estimulá-la cada vez mais. A sutileza disciplinadora exercida pelo encarceramento em massa se vale de uma eficiente mudança semântica: apoiado na ciência, o discurso oficial acabou por reforçar a associação da pobreza à sujeira, à doença, degradação, subversão. Sob o discurso da regeneração, as práticas de retirada dos “indesejáveis” do convívio social se justifica. (Patto, 1999).

Prova disso é que a população carcerária tem aumentado significativamente nos últimos anos sem que ocorra uma diminuição da criminalidade e da violência. Notamos, também, que nessa política de encarceramento a população feminina também cresce, e que tal fenômeno merece ser melhor investigado.

A própria Constituição, apesar do estatuto de igualdade entre homem e mulher, faz pouquíssimas menções às condenadas, o que seria um sinal de desigualdade material vivida pelas mulheres, encarceradas ou não. A autora também faz a ressalva de que as mulheres, à época da edição da lei, não possuíam relevância na população que se encontrava em processo penal (Castilho, 2007).

Esse interesse se justifica na medida em que nós, psicólogos, nos preocupamos com sua inclusão social após o cumprimento da pena. Este tipo de inclusão, que é previsto em lei

e desejável eticamente acaba por se constituir num problema complexo, uma vez que a experiência na prisão deriva (salvo erros judiciários) da prática delituosa. Além disto, o há que se notar também o fato de que a própria produção de delitos está, ao que tudo indica, relacionada a certas condições concretas de existência, onde prevalece a precariedade social que funciona como agente que dificulta o presente e não sustenta expectativas de um futuro realizador.

Estratégias Metodológicas

As presidiárias foram abordadas em dois tipos de situação. De um lado, como participantes de atividades, focadas na questão da empregabilidade, durante as quais conversavam, escreviam pequenos textos, elaboravam currículos profissionais e cartas de apresentação, alem de dramatizarem entrevistas de emprego, como durante momentos . De outro lado, conversaram espontaneamente, em clima de confiança, fazendo comentários sobre suas historias de vida.

Após os encontros, foram registrados por meio da elaboração de narrativas trasnferenciais, que foram psicanaliticamente consideradas, tendo em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo emocionais.

Resultados

A leitura das narrativas transferenciais, a partir do cultivo psicanalítico da atenção flutuante, permitiu a produção interpretativa um campo de sentido afetivo emocional que denominamos aqui “tudo por causa dele”, que se caracteriza pela responsabilização do parceiro.

Existia, entre elas, um discurso que se justificava através da responsabilização do parceiro, que de certa forma, “apresentou-as” ao mundo do crime, seja por ciúmes ou por receio que trabalhassem fora. Assim não restava outra opção senão o tráfico exercido em

conjunto com seus companheiros. Também apareceram frequentes queixas de abandono por parte de seus parceiros, que não as visitavam.A ilustração a seguir e emblemática:

"Eu estava indo bem no trabalho e na vida, mas aí conheci uma pessoa que me levou para o caminho errado" (todas as mulheres concordam, com acenos de cabeça ou falando abertamente) Participantes do grupo 02

Esse campo de sentido afetivo emocional deve ser levado em conta no processo de inclusão destas mulheres, e deve ser pensado não apenas no âmbito psicológico como estratégia de defesa, mas também como algo que retrata uma realidade, provavelmente ainda prevalente nas classes sociais menos privilegiadas, onde, na situação conjugal, os homens ainda ocupam o lugar de autoridade. Desta forma, encaramos esta produção interpretativa um elemento merecedor de atenção no que diz respeito à ações direcionadas à inclusão social desta população.

Referências Bibliográficas

Aiello Vaisberg, T. M. J. (2003). *Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana*. Psicologia-USP, 14(1), 95-128.

Bauman, Z. (2004) *Amor Líquido*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. São Paulo: Zahar.

Bleger, J. (1963) *Psicologia da Conduta.* (E.O. Diehl, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Castilho, Ela Wiecko. (2007) *Execução da Pena Privativa de Liberdade Para Mulheres: A Urgência de Um Regime Especial.*Justitia, São Paulo, v. 64, n. 197, p. 37-44, jul./dez.

Mello, Daniela Canazaro de. *Quem São as Mulheres Encarceradas?* (2008). Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Patto, Maria Helena Souza. (1999) *Estado, ciência e política na Primeira República: A desqualificação dos pobres.* Estudos Avançados 13 (35).

Sales, José Eduardo Silva de. (2011). *A Criminologia e o Sistema Penitenciário Brasileiro.* Revista Jurisway.

MEMORIAIS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA: UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A MOTIVAÇÃO PARA A ESCOLHA DO CURSO DE PSICOLOGIA

Fabio Riemenschneider
Fabiana Follador e Ambrosio
Tânia Maria José Aiello Vaisberg
PUC-Campinas

Resumo A presente comunicação, de caráter preliminar, faz parte de uma investigação que intenciona pesquisar a motivação pela busca do curso de Psicologia, dando voz aos próprios estudantes. Tal proposta justifica-se como oportunidade de exploração da relação entre sofrimento emocional e escolha vocacional. Metodologicamente, configurou-se a partir da consideração de memoriais de alunos do primeiro período do curso de Psicologia, elaborados como tarefa discente. Tal material foi psicanaliticamente considerado na busca por organizadores afetivo-emocionais das condutas humanas, ou campos de sentido, precisando conhecer interpretativamente o imaginário coletivo dos alunos de Psicologia sobre a escolha profissional. Focalizando um dos memoriais, foi possível a produção interpretativa de um campo de sentido afetivo-emocional, denominado "*a cura pelo conhecimento*", organizado segundo a crença que relaciona a resolução do sofrimento emocional a partir da aquisição de conhecimentos psicológicos. Em interlocução com o pensamento winnicottiano, compreendemos que o uso da racionalização, quando se apresenta dissociada do viver psicossomático, gera sofrimento emocional. Neste estudo, problematizamos a esperança de obtenção de cura emocional fora do contexto da proximidade interpessoal - elemento fundamental que caracteriza o vínculo psicoterapêutico -, relacionando-a a um tipo de organização defensiva, muito frequente na clínica contemporânea: o intelecto explorado.

Palavras chave: psicanálise, imaginário coletivo, distúrbio psicossomático, escolha vocacional

No decorrer de nossa prática profissional, encontramos diversos tipos de situações no que tange aos pedidos por ajuda psicológica: em certos momentos, somos chamados a contribuir de forma explícita e organizada; já em outras conjunturas, os pedidos aparecem de modo tênue, como se houvesse a certeza da necessidade de ajuda, mas não se conhecesse qual tipo de profissional deveria ser procurado. Por outro lado, percebemos que certas situações são potencialmente geradoras de sofrimento emocional, mesmo que os envolvidos não estejam aptos a percebê-la, seja devido a desorganizações de ordem emocional, seja por desconhecimento das possibilidades de atuação dos psicólogos e psicanalistas, ou ainda por dificuldades de cunho sócio-econômico para encontrarem serviços de apoio psicológico. Concordando com Bleger (1966), compreendemos que este cenário justifica atenção psicoprofilática, mesmo não se tratando de conjuntura onde a demanda por nossa presença apareça explicitamente.

Encontramos, a partir da experiência docente de um de nós[57], situação que mereceria atenção psicológica: a escolha dos alunos pelo curso de Psicologia parece, em certos casos, relacionar-se a tentativas de cura do sofrimento emocional. Ao depararmo-nos com os textos preparados pelos alunos para compor um memorial[58], notamos que apresentam situações onde o sofrimento emocional foi determinante para a escolha do curso de Psicologia, trazendo à tona um assunto frequentemente comentado, mas que ainda carece de maior atenção por parte dos psicólogos: será que parte dos ingressantes no curso de Psicologia está na faculdade para solucionar os próprios problemas emocionais? Qual a visão do curso de Psicologia desses ingressantes? Será que existe na escolha deste curso especificamente uma perspectiva ou expectativa de cura?

A leitura de Georges Politzer (1903-1942) traz importantes contribuições para a pesquisa psicanalítica, uma vez que o autor, em seu texto datado de 1928, "*Crítica dos Fundamentos*

[57] Trata-se do psicólogo Fabio Riemenschneider.
[58] Os memoriais foram confeccionados como exercício para a disciplina de Metodologia Científica no primeiro período do curso de Psicologia de uma faculdade particular de Poços de Caldas (MG).

da Psicologia – a psicologia e a psicanálise", apresenta os conceitos de drama e de relato (narrativa) como características fundamentais da Psicologia Concreta.

Para Politzer (1928), o uso de modelos abstratos ou fisicalistas na compreensão da vida humana opera como um prejuízo à compreensão dos fenômenos, concretos por natureza. Critica, dessa forma, toda e qualquer teorização que se afaste do acoentecer humano, concebendo como principal interesse da psicologia e da psicanálise o estudo da dramática humana

> ... a psicologia verdadeira refugiou-se na literatura e no drama; teve de viver à margem da psicologia oficial, inclusive fora dela ... (POLITZER, 1928).

A clareza do pensamento crítico e filosófico torna Politzer, autor de um discurso contundente e radical, um importante interlocutor. No contexto sul-americano, as contribuições de Politzer foram consideradas e aprofundadas pelo psicanalista argentino José Bleger (1963), que, ao estudar a obra politzeriana, propõe como objeto de estudo da psicanálise a conduta humana, diferentemente da concepção metapsicológica, que tem no inconsciente recalcado seu objeto de estudo.

Compreendendo os imaginários coletivos como condutas humanas, no sentido proposto por Bleger (1963), configuramos nossa atenção como pesquisadores, partindo da assunção do uso do método psicanalítico em nossas investigações.

Para a presente comunicação utilizamos trechos de um memorial confeccionado por um autor com idade de 18 anos. Na leitura deste material, destaca-se a emergência de dramas pessoais que parecem clamar por atenção e ajuda. Tais demandas permitem que se estabeleçam considerações psicanalíticas e a seguinte questão: por intermédio de tal consideração pode-seexplorar a ideia segundo a qual o sofrimento emocional estaria na base desta escolha vocacional?

> *"Em meus primeiros anos de vida, tive um convívio familiar harmonioso, porém, com o passar do tempo fui percebendo que a estrutura familiar de minha casa não era tão harmoniosa, meus pais brigavam por motivos banais e minha mãe, por não querer me*

ver naquele ambiente o tempo todo, me matriculou na Escola X, onde comecei minha caminhada em direção à ciência, cursando o antigo 'Jardim da Infância' e o 'Pré-escolar'."

Parece existir uma idealização de convívio harmonioso dentro do lar, lugar concebido como provedor de segurança e estabilidade. A incompatibilidade entre este lar "teórico" e suas vivências familiares, é percebida pela criança e aparentemente resolvida por sua mãe, por meio de uma estratégia peculiar: a ausência de casa e ida à escola, que, de certo modo, passou a ocupar esse lugar idealizado de bem-estar, recebendo uma função muito mais ampliada que o processo de escolarização.

"Durante esses dois primeiros anos de aprendizado, sofria muito com as frequentes brigas entre meus pais, que optaram por separar-se em 1997, a partir daí, encontrei na escola um ambiente onde podia crescer de maneira saudável e onde também me destacava por minha grande facilidade em lidar com situações novas, com isso passei a me destacar não somente na escola, mas também em casa, o que foi muito satisfatório, a partir daí comecei a realmente gostar de estudar."

A separação dos pais, depois de frequentes brigas entre o casal, ocorre quando o autor tem cinco anos. Podemos apreender que a "*caminhada rumo à ciência*" traz benefícios de ordens diversas, por exemplo, cognitiva, social e afetiva, uma vez que a experiência escolar o capacita na busca de seu espaço de convivência tanto na escola, quanto em sua casa. Poderíamos dizer que sua curiosidade epistêmica fornece sustentação para viver a vida.
Com a idade de seis anos inicia o ensino fundamental, tendo como propósito ser o melhor estudante de sua cidade: mais que aprendizado, a escola parece proporciona-lhe identidade e reconhecimento. Porém, o ambiente escolar deixa de oferecer a segurança e passa a repetir a configuração ocorrida em sua casa, durante a infância:

> *"Nessa época, por ser um pouco 'diferente' da maioria dos meninos de minha idade, comecei a ser ofendido na escola, isso me deixou muito chateado. Mais tarde fui aprender que o 'diferente' assusta o ser humano pelo simples fato de ser 'diferente', e por isso ignorava todas as provocações e xingamentos, pois como dizia Platão: 'Podemos facilmente perdoar uma criança que tem medo do escuro; a real tragédia da vida é quando os homens têm medo da luz'."*

Compreendemos que, apesar das dificuldades que começaram a surgir, a crença no conhecimento como forma de lidar com o sofrimento parece estabelecer-se cada vez com mais força. Intrigados com o significado do termo "diferença", várias vezes mencionado sem explicação clara, relacionamos o uso da expressão à perda ou abalo de seu lugar de reconhecimento, tornando a escola ambiente potencialmente hostil. Novamente a resolução parece tomar uma forma racional: a citação de Platão mostra como a "ciência" pode ter função peculiar como forma de lidar com sofrimento pela via mental. Vale-se do mesmo recurso ao perder um amigo de escola e volta a citar o filósofo: *"Ao bom homem nada de ruim acontece, nem vivo nem morto".*

No decorrer do ensino médio, afirma que tinha interesse pelos seguintes cursos: Psicologia, Educação Física e Nutrição:

> *"Mas houveram (sic) dois motivos que realmente tiveram um peso decisivo na minha opção por cursar Psicologia, o primeiro foi me descobrir sendo homo afetivo, o que ocorreu quando terminava o segundo ano do ensino médio e o segundo foi minha sede de conhecimento em alguma área que fosse o ponto de convergência entre as ciências materiais e ciências psíquicas. Por esses motivos estou aqui nessa instituição, buscando o autoconhecimento, para compreender melhor e tentar ajudar pessoas que assim como eu se sentem ou já se sentiram perdidos entre aquilo que a sociedade espera que queiramos e aquilo que realmente queremos."*

Percebemos que as questões apresentadas cada vez mais relacionam-se a aspectos pessoais e afetivos, sendo a escolha pelo curso de Psicologia relacionada diretamente ao fato de ser homossexual. O fato de ser xingado e ofendido coloca-o novamente frente a questões que lhe trazem sofrimento, como se as dificuldades insistissem em persegui-lo. Entretanto, o modo de lidar com os reveses mantém-se inalterado e operante: ir à escola e estudar.

O quadro geral, que a compreensão interpretativa até aqui delineada permitiu-nos configurar, sustenta a criação/encontro de um campo de sentido afetivo-emocional que pode ser denominado "*a cura pelo conhecimento*". Tal campo organiza-se ao redor da crença de que o sofrimento pessoal pode ser solucionado, superado ou transformado por meio da aquisição de conhecimentos sobre a psicologia humana. Seu evidente corolário é a idéia de que os estudos poderiam surtir efeitos equivalentes à experiência da psicoterapia pessoal, que implica proximidade e confiança em relação a outro ser humano.

Partindo de nossa compreensão interpretativa sobre a conduta dos alunos de Psicologia, notamos enorme proximidade com uma apresentação winnicottiana de sofrimento emocional: sua conceituação acerca de um estado defensivo denominado intelecto explorado (Winnicott, 1949).

Para o autor, encontramos um fenômeno clínico, de natureza disociativa, relacionado ao funcionamento intelectual dissociado do psiquessoma, onde a mente passa a operar de modo independente, explicando, antecipando, protegendo – e, portanto, cuidando – do indivíduo. Sabemos que, de acordo com a concepção winnicottiana da natureza humana, é precisamente ao ambiente que tal tarefa – o cuidado, holding - é designada.

Em situações onde o ambiente não se encontra com possibilidades sustentadoras[59], cabe aos indivíduos o cumprimento dessa tarefa: encontramos a etiologia do sofrimento emocional, implicitamente apresentada na obra winnicottiana. A partir desse autocuidado, originado pela necessidade do surgimento de uma parte do *self* que tenha como função protegê-lo das invasões ambientais, percebemos que o ponto de partida passa a ser a

[59] Em termos winnicottianos, ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1945).

sobrevivência, e não o viver verdadeiro; o indivíduo ficaria ocupado *maternando-se a si mesmo:*

> Quando ocorre essa dupla anormalidade, (i) o falso *self* organizado para ocultar o *self* verdadeiro, e (ii) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal através pelo uso de um intelecto apurável, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana. O mundo pode observar êxito acadêmico de alto grau, e pode achar difícil acreditar no distúrbio do indivíduo em questão, que quanto mais é bem sucedido, mais se sente falso. (Winnicott, 1960, p.132)

Em nosso material clínico, apresentado neste momento sob a forma de vinhetas extraídas do memorial elaborado por um aluno cursando o primeiro período da graduação em Psicologia, pudemos inferir uma estreita relação entre as razões que o direcionaram a escolher esta disciplina como formação acadêmica e profissional e motivações de ordem afetivo-emocional, notadamente referentes a aspectos defensivos, aqui compatíveis com o conceito winnicottiano de falso *self*. Nesse panorama, a mente, instância que se apresenta de modo independente da parceria psicossomática, cumpriria a função de cuidadora, fornecendo *explicações* racionais ao indivíduo sobre o que seria o viver humano, livrando-o da vivência de caos.

Dessa forma, para além de compreensão psicanalítica, encontramos um terreno propício ao desenvolvimento de proposições interventivas, de cunho psicoprofilático, visando o acolhimento dos indivíduos quanto aos seus sofrimentos emocionais.

Referências bibliográficas

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

BLEGER, J. (1966) ***Psicohigiene y Psicologia Institucional***. Buenos Aires: Paidos, 2004.

POLITIZER, G. (1928) ***Critique des Fondements de la Psychologie***. Paris: PUF, 2004.

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

WINNICOTT, D. W. (1949) A mente e sua relação com o psiquessoma In: WINNICOTT, D. W. ***Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise***. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 409-425.

WINNICOTT, D. W. (1960) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*.In: WINNICOTT, D. W. ***O Ambiente e os Processos de Maturação***. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p.128-139.

ADOLESCÊNCIA EM CONDIÇÕES DE PRECARIEDADE SOCIAL: O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA PATERNA

Edilson Guarnieri Junior
Elisa Corbett
Tânia Maria José Aiello Vaisberg
PUC-Campinas

Resumo Objetivamos investigar a experiência emocional de adolescentes que vivem em situação de precariedade social, considerando que tais condições concretas de existência podem dificultar seu desenvolvimento, aumentando a complexidade das questões vivenciais com as quais precisam lidar. Convivemos, durante um ano, com adolescentes que cumprem medidas sócio-educativas, no contexto de uma instituição que oferece atividades grupais e atendimentos individuais. Redigimos uma narrativa transferencial, comunicando nossa experiência junto a eles. Tal narrativa foi psicanaliticamente considerada, permitindo a produção interpretativa de um campo de sentido afetivo-emocional: “Alívio”, organizado ao redor da regra fundamental de que o afastamento de um pai abusivo diminuiria o sofrimento a aflição da família. O quadro geral interroga convicções arraigadas tanto no imaginário social, como nos manuais de psicologia, que tendem a valorizar a presença paterna, sem questionar a qualidade dos vínculos afetivos.

Palavras-chave: Adolescência, Imaginário coletivo, Violência doméstica, Precariedade social.

Na nossa sociedade, a infância e a adolescência são compreendidas como fases da vida em que é necessária uma proteção social especial. Consideramos que uma evidência disso tenha sido a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA] (1990),

explicitando, através de um movimento social que permitiu uma mudança jurídica, o reconhecimento de tal necessidade.

Partindo da perspectiva blegeriana, que defende que o ser humano não pode ser compreendido de forma descontextualizada de suas condições concretas de vida, compreendemos que as condições de precariedade social vivenciadas por grande parte da população de nosso país podem dificultar, em muito, o desenvolvimento das pessoas e a elaboração emocional de questões relativas à fase da vida em que se encontram.

Assim, enquanto profissionais psicólogos ocupados com uma clínica social, a partir de um referencial psicanalítico, preocupamo-nos em refletir acerca da experiência emocional dos jovens de hoje. Isso se daria através de estudos que favoreçam a comunicação emocional desses, possibilitando que sejam ouvidos, que entrem em contato com suas dificuldades em saber o que faz sentido no seu modo de ser e que conheçam e/ou tenham acesso a diferentes possibilidades, auxiliando não só os jovens, mas a sociedade a lidar com questões relativas a eles.

OBJETIVO

No presente trabalho, objetivamos produzir conhecimento compreensivo sobre a experiência emocional de adolescentes infratores que vivem em situação de precariedade social.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Distinguimos, metodologicamente, três tipos de procedimentos: configuração do acontecer clínico, procedimento de registro e procedimento de produção de sentido.

A **configuração do acontecer clínico** deu-se por meio da convivência de um dos pesquisadores com adolescentes infratores, em contexto institucional. Tal convivência deu-se tanto em momentos de atividades formalmente organizadas, como a da participação dos

adolescentes de um grupo de cinema, como também em situações informais, tais como a hora do lanche, a festa de encerramento do semestre e o campeonato de “pebolim”.

No que tange aos **procedimentos de registro dos dados**, foram redigidas, posteriormente aos encontros, narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron e Beaune, 2009). Trata-se de uma forma de comunicar o acontecer vivido, elaborada a partir do uso do método psicanalítico. Assim, finalizado os encontros, o pesquisador buscou recordar-se do que aconteceu como quem se lembra de um sonho, vale dizer, rememorando não apenas as cenas e acontecimentos, mas também as emoções e sentimentos vividos durante o sonhar. Dessa forma, o procedimento de elaboração da narrativa transferencial corresponde a um verdadeiro filtro daquilo que, no encontro vivido, foi emocionalmente significativo. Na narrativa se integram o acontecer vivenciado pelo grupo e a subjetividade compreensiva do pesquisador, enquanto se dá origem a um texto – a narrativa – que poderá ser visitado e revisitado tanto pelo pesquisador como por outros investigadores (Granato e Aiello-Vaisberg, 2004).

Finalmente, a última etapa metodológica faz alusão a um plano de tratamento do material clínico, que diz respeito ao **procedimento de produção de sentido**. Devemos esclarecer que a interpretação compreensiva da narrativa se faz a partir do uso do método psicanalítico, que operamos levando em conta as contribuições de Bleger (1963) e Herrmann (2001), tal como tem sido metodologicamente articuladas por Aiello-Vaisberg e Machado (2008). Assim, inicialmente, lemos as narrativas associando livremente e registramos nossas impressões contratransferenciais por escrito. A seguir, tomamos em consideração tais associações, aguardando que alguma configuração de sentido começasse a emergir. Por fim, produzimos interpretativamente o campo de sentido afetivo-emocional ao redor do qual se organizam as condutas imaginativas foco.

RESULTADOS

Pudemos observar que a convivência de duração de um ano com os adolescentes, em momentos informais e durante atividades organizadas produziu um campo interpessoal de confiança e camaradagem, que facilitou a ocorrência de comunicações emocionais significativas dos jovens, que comentaram, com o pesquisador, sobre suas emoções, sentimentos e história. A partir desta experiência, foram elaboradas narrativas transferências, que foram consideradas à luz do método psicanalítico, operado segundo as palavras de ordem didaticamente recomendadas por Herrmann (1979): deixar que surja,tomar em consideração e completar a configuração de sentido. Segue abaixo um fragmento que ilustra este caso:

Participando do "grupo de cinema", M. ficou visivelmente impressionado com um filme intitulado "Aos treze". Comentou que gostou do filme, focalizou a questão da mãe que acolhe, cuida e permanece ao lado da filha de todas as maneiras possíveis no filme, iniciou-se então uma discussão cujo pai era o contra-ponto no contexto da historia e a seguir permitiu-se falar sobre sua vida pessoal, contando que seu próprio pai seria um cara que "só ficava "loucão" em casa mesmo e batia nele, nos seus irmãos e na sua mãe". Enfatizou quão difícil era esta convivência para todos, o que foi interrompido pelo fato do pai ter desaparecido em função de estar devendo dinheiro a traficantes das proximidades. Contou que este desaparecimento foi vivido por todos, inclusive por ele mesmo, como um grande alívio.

M. demonstra uma grande tristeza, atrelada ao ódio, quando fala sobre o pai. Aparece aqui um sofrimento emocional que provavelmente deixou uma marca profunda neste adolescente, que transborda quando fala sobre sua infância. É como se tentasse apagar estas lembranças, ou pelo menos "deixá-las quietas e não remexer". Parece clara, desde uma perspectiva psicológica, a negação das vivências de violência doméstica que sofreu e que, por envolver uma figura tão importante quanto o pai, desperta sentimentos de estranhamento, desrealização e perplexidade, na medida em que o perigo tem como origem aquele que, no imaginário infantil e social, está investido do poder de proteção da família.

A consideração psicanalítica desta narrativa permitiu a produção interpretativa de um campo de sentido afetivo-emocional, que denominamos “Alívio”, organizado ao redor da regra fundamental de que a ausência de um pai abusivo seria menos sofrida para o adolescente do que a exposição da família às agressões físicas e verbais.

DISCUSSÃO

As teorias psicanalíticas reconhecem e atribuem grande valor à figura paterna no amadurecimento pessoal do individuo. Apesar de haver divergências sobre como o pai realmente contribui para o desenvolvimento dos filhos e em sua preparação para a vida adulta, é compreensível o reconhecimento de tal importância, levando em conta a forma como tais teorias foram construídas: a clínica privada em que tiveram origem, e os diferentes momentos históricos em que foram construídas – o modo como as famílias de certo poder aquisitivo se estruturavam, organizadas ao redor do poder da figura paterna e dos cuidados da materna. Contudo, na atualidade, a família nuclear não é mais a regra em nossa sociedade, nem mesmo na chamada classe média. Em meio à pluralidade de arranjos familiares possíveis, cresce o número de famílias em que o pai não é o provedor material ou está efetivamente ausente. Assim, faz-se necessário a produção de novas teorias que, ainda que locais, pudessem iluminar essas mudanças relativas aos papéis sociais de gênero e novos arranjos familiares.

O campo “Alívio” indica uma construção de sentido diversa daquela ancorada no modelo de família nuclear burguesa, interrogando convicções arraigadas tanto no imaginário social, como nos manuais de psicologia, que tendem a valorizar a presença paterna, sem questionar a qualidade dos vínculos afetivos. Entendemos que ter um pai, não significa, necessariamente, ter uma figura de proteção. Essa proteção só é proporcionada quando a figura de fato cumpre a tarefa de, num primeiro momento, dar a sustentação para a mãe cuidar do filho e, posteriormente, apresentar os limites do mundo externo, de um modo que indique que o filho não está sozinho e tem em quem se apoiar.

Quando o pai não cumpre esta tarefa, o filho não se sente protegido, nem mesmo em seu ambiente familiar, e pode demonstrar uma insegurança em relação ao mundo que o cerca. Essa insegurança generalizada pode resultar em um imenso sofrimento psíquico, dificultando o estabelecimento de vínculos afetivo-emocionais consistentes no futuro.

Lembramos, aqui, que toda criança humana precisa da proteção de um adulto, mas que esta proteção pode adquirir contornos diversos em diferentes culturas e épocas. Atualmente, em nossa sociedade, predomina um imaginário coletivo que vincula esta proteção às figuras de pai e mãe. Entretanto, desde o nosso ponto de vista, o cuidado das pessoas que necessitam de proteção especial seria, na verdade, tarefa da sociedade como um todo, incluindo a interferência do Estado, quando necessário. Cabe ressaltar, aqui, que acreditamos que as pessoas necessitam de um ambiente suficientemente bom, que permita a continuidade de seu desenvolvimento. No que se refere à infância e adolescência, esse ambiente deveria caracterizar-se como protetor, seja no âmbito familiar, comunitário ou jurídico.

Desta maneira, não ter a figura paterna poderia, desde o nosso ponto de vista, causar menos danos afetivo-emocionais ao sujeito do que um pai que o violenta e causa-lhe medo. Assim, temos aqui uma visão de que, não é a estrutura familiar que garante a saúde psíquica de seus integrantes, e sim, a força e a qualidade dos vínculos relacionais.

REFERÊNCIAS

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 ViagemPsicanalítica*. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH – UFSCar, 2008. p. 311-324.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCH, 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, 2009. p. 39-52.

BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1984.

BRASIL.Ministério da Justiça. *Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 de out. 2011.

GRANATO, T. M. M. &AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças* - Psicologia da Saúde, v. 12, n. 2, p. 253-271, 2004.

HERRMANN, F. O método da psicanálise. São Paulo, EPU, 1979.

HERRMANN, F. *Introdução à Teoria dos Campos.* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.

UTIS NEONATAIS E PEDIÁTRICAS: A INCLUSÃO MATERNA

Walkiria Cordenonssi Cia
Tomiris Forner Barcelos
Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Universidade de São Paulo

Resumo A presente pesquisa visa investigar a inclusão materna em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) neonatal e pediátrica. Organiza-se metodologicamente ao redor da realização de entrevista coletiva de mães, que foi registrada por meio de narrativa transferencial e considerada à luz do método psicanalítico em termos da produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional inconsciente. Foi criado/encontrado um campo que denominamos “culpa materna”, que se define pela crença de que as crianças adoecem e são hospitalizadas porque não teriam recebido cuidado materno satisfatório. Neste estado emocional, evidentemente fragilizado, as mães expressam, também, queixas no sentido de não estarem sendo bem acolhidas e de não serem escutadas pela equipe de saúde. À luz deste quadro, são tecidas reflexões teórico- clínicas sobre o objetivos de humanização e as necessidades emocionais das mães.

Palavra chave: mãe, UTI, humanização, entrevistas coletiva, narrativas transferencias

A partir do século XVIII e principalmente do XIX começa a se deslocar lentamente o foco ideológico da autoridade paterna ao amor materno, devido a mudanças sociais e econômicas. O amor materno passa a ser um valor tanto natural como social, mudando o papel da mulher em relação à maternidade. Essa passa a ser valorizada enquanto mulher-mãe, a rainha do lar, desde quenão ultrapassasse o domínio doméstico. As mulheres que se afastavam desse papel sentiam-se culpadas e anormais (Moura; Araujo, 2004).

A psicanálise colaborou com esse posicionamento social da mulher e Winncott foi um desses autores. Apesar de encontrarmos em alguns pontos de sua obra referência aos pais ou outros cuidadores, o grande enfoque é relacionado aos cuidados maternos, da mãe biológica, como podemos observar no seguinte trecho:

> Podemos falar agora sobre o motivo pelo qual acreditamos que a mãe do bebê é a pessoa mais adequada para cuidar desse mesmo bebê: é ela a pessoa capaz de atingir esse estágio especial de preocupação materna primária sem ficar doente. Já a mãe adotiva, ou qualquer outra mulher capaz de ficar doente no sentido da 'preocupação materna primária', estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida da sua capacidade de identificar-se com o bebê (WINNICOTT, 1956, p. 404).

Aqui podemos perceber uma clara tendência a considerar a mãe biológica como praticamente a única pessoa capacitada a proporcionar melhores cuidados aos bebês, com raríssimas exceções.

Contemporaneamente diante de novas mudanças econômicas, sociais e culturais as mulheres ganham liberdade ao sair do espaço privado doméstico como única forma de atuação e acabam delegando muitas vezes os filhos aos cuidados das avós, escolas, creches, etc. Apesar dessas mudanças, e uma suposta liberdade de escolha, as mulheres que saem desse padrão e decidem abortar ou deixar os filhos para a adoção são novamente vista como anormais pela sociedade e muitas vezes por elas mesmas.

Bleger (1963/1989) já aponta devemos evitar visões abstratas e desc.º textual sacas do ser humano, que dificultariam a percepção de que mudanças nos valores sociais levam a novas formas pessoais de atuação no mundo.

Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 13 de julho de 1990, no artigo 12 do capitulo referente ao direito a vida e à saúde, fica definido que: “Os estabelecimentos de atendimentos à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Dentre as várias diretrizes da atenção hospitalar da Política Nacional de Humanização (PNH), que desde 2004 vem sendo difundida pelo Ministério da Saúde, além da conformidade ao artigo acima referido, também enfatiza o respeito às necessidades do acompanhante e a educação permanente com temas de humanização aos trabalhadores assim como mecanismo de escuta dos mesmos.

Estudos demonstram que apesar do reconhecimento da importância da presença da família nos hospitais, a equipe de saúde a vê como facilitadora do trabalho a ser realizado, delegando tarefas antes de responsabilidade dos profissionais o que, muitas vezes, torna conveniente a presença em tempo integral do acompanhante. A comunicação entre a enfermagem e a família realiza-se de forma vertical demonstrando a não ocorrência de um compartilhamento do cuidado por uma perspectiva de co-participação e co-responsabilidade, caminhando assim em um sentido contrário a uma assistência humanizada (LIMA et al.,2010).

Provavelmente uma das questões que prejudicam um olhar mais sensibilizado para a família e a criança é o fato de existir uma tecnologia em rápida expansão, que proporciona novos equipamentos com uma grande velocidade, trazendo uma melhoria na promoção de saúde, mas fazendo com que os profissionais precisem de uma agilidade na adequação a esses avanços, o que pode provocar um afastamento dos pacientes e acompanhantes. Diante desse panorama buscamos propor um estudo exploratório sobre como as mães das UTIs neonatal e pediátrica vivenciam essa experiência.

Partindo do posicionamento que todas as Ciências Humanas possuem um único objeto de estudo, ou seja, o homem, e que é possível estudá-lo através das diversas disciplinas a partir de perspectivas diferenciadas, utilizamos o método psicanalítico, a partir de uma visão que toda conduta é dotada de sentido e que só é possível o estudo do homem enquanto uma pessoa concreta, sem abstrações. (BLEGER,1963/1989)

Nosso estudo ocorreu nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) neonatal e pediátrica de um hospital da cidade de São Paulo, aonde foi realizada uma entrevista coletiva com mães que eram as acompanhantes de seus filhos internados.

Após o encontro realizamos narrativas transferenciais com o intuito de registrar através de associações livres sentimentos significativos vivenciados no encontro. Após a narrativa buscamos criar/encontrar o campo de sentido afetivo-emocional inconsciente da entrevista.

A seguir apresentamos a narrativa:

A pedido da equipe de psicologia realizamos um entrevista coletiva com mães das UTIs neonatal e pediátrica[60]. Fomos de leito em leito nos apresentando e convidando as mães a participarem do grupo.

A entrevista coletiva ocorreu em um espaço do lado de fora das UTIs e, portanto, essas mães não se encontram ao lado de seus filhos. Apenas 5 mães estavam presentes. Outras mães passavam ao lado do grupo com um olhar desconfiado. A presença no grupo era permeada por um estado de alerta aos movimentos das UTIs: crianças chorando, movimentação da equipe de saúde ou qualquer outro evento que parecesse incomum.

Havia crianças que estavam a poucos e outras há muitos dias no hospital. Todas as mães reclamaram sobre a falta de acolhimento, a decepção e a raiva de não se sentirem escutadas pelos profissionais da equipe de saúde.

Algumas das mães já apresentavam um grande conhecimento em relação às medicações e aos procedimentos, o que as fazia cobrar muitas vezes a equipe de saúde.

[60]Atendimento realizado por Walkiria Cordenonssi Cia

A culpa pela internação dos filhos e a desqualificação enquanto mães eram sentimentos vivenciados de forma muito intensa. Tentei acolher esses sentimentos.

Todas estavam desalojadas de suas casas e não queriam abandonar os outros filhos, alguns deles ainda bem pequenos. Não sabiam como lidar com essa situação, a angústia era evidente. Encontrar alguém para substituí-las era em alguns casos muito difícil.

Após o término da entrevista coletiva o grupo nos agradeceu dizendo que foi bom poder falar um pouco.

A partir da narrativa foi criado/encontrado um campo que denominamos de "culpa materna", que se define pela crença de que as crianças adoecem e são hospitalizadas porque não teriam recebido cuidado materno satisfatório.

Como vimos anteriormente, as práticas de maternagem são contextualizadas dentro de um panorama econômico e sócio-cultural e desde o século XVIII e XIX essa prática passou a ser de exclusividade da mulher. Através do dispositivo hospitalar fica evidente que apesar das mulheres terem conquistado um espaço que vai além do exclusivamente doméstico, nos deparamos com a idéia de que a responsabilidade de cuidar dos filhos é exclusivamente da mulher, da mãe biológica. São elas que na grande maioria dos casos acompanham os neonatos e as crianças nas UTIs, angustiadas por estarem longe dos outros filhos.

As famílias que vivenciam o acompanhamento de um filho em uma UTI sofrem uma grande invasão ambiental vivenciando uma interrupção na sua continuidade de ser. Neste estado emocional de extrema fragilidade, as mães expressam queixas no sentido de não serem acolhidas e nem escutadas pela equipe de saúde.

Nos anos 50, Michael Balint (1984) já alertava sobre a importância da relação médico-paciente, pois acreditava que o atendimento só poderia acontecer em uma relação bipessoal:

> Escutar implica uma técnica muito mais difícil e sutil do que a que necessariamente deve precedê-la: a técnica de descontrair o paciente, colocando-o em condições de falar livremente. *A capacidade de escutar*

> *constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável, embora limitada, da personalidade do médico.* À medida que descobre em si mesmo a capacidade de escutar aquelas coisas de seu paciente que surgem confusamente formuladas, porque o próprio paciente tem escassa consciência delas, o médico começará a escutar o mesmo tipo de linguagem em si mesmo (BALINT, 1984 ,p.108)

Verificamos que há muitos anos já existe uma preocupação com a relação da equipe de saúde com o paciente. As mães entrevistadas precisam de um suporte emocional, pois se encontram fragilizadas e culpadas pela internação dos filhos. Existe a necessidade de uma atenção integral a essas mães com o intuito de promover uma assistência humanizada por parte da equipe de saúde, que só conseguirá atender as necessidades da família se for instrumentalizada e receber apoio emocional, para tanto, se faz necessária uma gestação hospitalar empenhada em implementar a Política Nacional de Humanização (PNH).

Referências:

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença.*Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984. p.331.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia da conduta*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p. 242.

LIMA, A.S. (2010). Relacões estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil.*Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v.19, n.4, p. 700-708, out-dez. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): MS; 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. *Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS* [Série B: Textos Básicos de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004MOURA, S.M.S.R.;

MOURA S.M.S.R.; ARAÚJO M.F. A maternidade na história e a historia dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v.24, n1, p. 44-55, 2004

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. *Da Pediatria à Psicanálise:*obras escolhidas*.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. p. 399-405.

CLÍNICA PSICANALÍTICA E CONTEMPORANEIDADE: DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM ORGANIZAÇÃO BORDERLINE

Monica Solferini Moraes Barros
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Resumo: A clínica contemporânea observa na sua prática um acirramento do sofrimento psíquico dos pacientes agravados pelas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas. A transformação dos vínculos familiares,a ruptura com valores tradicionais tornam as escolhas individuais solitárias propiciando sensações de vazio, depressões e comportamentos limites. Apresentamos neste trabalho uma ilustração clínica que suscitou reflexões sobre o os desafios do analista no atendimento a pacientes com organização borderline. O referencial teórico de Kernberg para compreensão da dinâmica da personalidade borderline aliado ao uso de materialidades mediadoras articularam-se numa prática clínica que norteou o analista na condução do processo terapêutico.

Este trabalho visou apresentar os desafios enfrentados pelo analista na compreensão e no atendimento de pacientes com organização de personalidade borderline. Esses desafios apresentam-se numa clínica contemporânea que observa na sua prática determinados sofrimentos psíquicos acirrados pelas transformações nas relações sociais e familiares ocorridas nas ultimas décadas do século XX.

A ruptura com valores tradicionais, a desintegração dos laços de solidariedade e suporte familiares, oferecem ao indivíduo escolhas solitárias não mais baseadas em convenções sociais ou na tradição. A sustentação deste caminho solo pode ser libertador

para aqueles que possuem boa estruturação egóica, capazes de elaborar e pensar sobre si mesmo, porém para outros, a falta de um ambiente acolhedor que propicie um suporte emocional ao indivíduo pode produzir angústias, instabilidades emocionais, vivências de vazio e fragmentação (**TARDIVO,** 2004).

Neste contexto, os referenciais constitutivos da identidade individual apresentam-se confusos, instáveis, havendo uma relativização daquilo que é certo ou errado de acordo com sua funcionalidade no momento (BAUMAN, 2008). Tais incertezas provocam no indivíduo o sentimento de vazio existencial e as estratégias adotadas para aplacar esta angústia organizam-se muitas vezes sob forma de depressões, comportamentos limites e transtornos alimentares, entre outros.

Estes estados experimentados pelo ser na contemporaneidade, permeados por compulsões, vivências de vazio e atuações, traduzem a rápida necessidade de mudança na forma de nosso modo de viver. A adaptação submissa à realidade mostrada pela mídia, que valida de forma ilusória o sentido da experiência, torna a vida algo a ser exibido ou assistido, ao contrario de propriamente vivido (AIELLO-VAISBERG, 2004).

Nessas novas formas discursivas a autoria do gesto e da ação, ou seja, do sujeito, é suprimida, predispondo o surgimento de um adoecimento pautado na solidão, na artificialidade e afastamento de si (idem), estados estes presentes nas personalidades borderline. Estes últimos traduzem o sofrimento intenso causado por esta falta de sustentação do ser, amplificando significativamente as questões que irão permear e desafiar o viver do homem contemporâneo.

Sobre a Organização *Borderline*

No presente trabalho utilizaremos o referencial teórico de Kernberg(2006) para a definição de organização *borderline* de personalidade. Kernberg fundamenta sua teoria a partir dos pressupostos freudianos e kleinianos das relações objetais primitivas. Segundo esta teoria, os impulsos descritos por Freud, libido e agressão, são sempre vivenciados em relação

a outro específico, ou seja, um objeto. Estas relações de objeto internalizadas são os alicerces das estrutura psicológica do indivíduo, organizadores das suas motivações e de seu comportamento. Esta estrutura edifica-se a partir de unidades que são respectivamente, a representação do self, o afeto relacionado ao impulso e a representação do outro (objeto). Estas unidades interligadas de self, outro e o afeto correspondente constituem as díades de relações objetais noção fundamental para compreender o modelo proposto por Kernberg.

Nesta abordagem, ressalta-se que o termo self e objeto referem-se a representações que foram constituídas ao longo do desenvolvimento infantil. Durante este período, a natureza das experiências da criança é diferenciada em relação à intensidade do afeto envolvida nelas. A experiência do prazer é sentida quando a criança tem as suas necessidades atendidas por um adulto, em geral a mãe, sendo que a dor e a frustração são vividas quando isto não acontece. Estas experiências de grande investimento afetivo facilitam a internalização das relações primitivas de objeto em torno deste eixo da recompensa ou da frustração (tudo bom ou tudo ruim). Sobre esta memória afetiva desenvolve-se o sistema motivacional do indivíduo, aprendendo-se a internalizar aquilo que é importante para a sua sobrevivência, ou evitar aquilo que é doloroso e ameaçador.

No desenvolvimento normal da criança há uma integração gradual das representações boas e más do self e do objeto, possibilitando a constituição de uma psique que reconheça que a realidade é constituída por pessoas boas e más que são satisfatórios em determinados momentos, porém frustrantes em outro (KERNBERG, 2006). Nas crianças que desenvolverão uma organização *borderline,* não ocorre esta integração, dando lugar a uma divisão permanente entre setores idealizados ou persecutórios. As experiências de grande investimento afetivo se transformam em estruturas intrapsíquicas patológicas estáveis que irão nortear o funcionamento desta organização de personalidade *borderline*. Esta matriz dicotômica da experiência e sua conseqüente a falta de integração interna constitui a síndrome da difusão de identidade (KERNBERG, 2006), caracterizada pela ausência de um conceito integrado de self e de outras pessoas significativas.

As manifestações clínicas desta não integração (clivagem) evidenciam-se pela descrição não reflexiva, contraditória e caótica de si e de outros, incapacitando-os de integrar ou perceber este estado em si mesmo, impactando diretamente o modo como vivencia a realidade. Os correlatos comportamentais desta dinâmica psíquica são observados na labilidade emocional, raiva, caos interpessoal, impulso autodestrutivo, resultando numa oscilação em apresentar-se como uma pessoa extremamente frágil num momento e em outro, raivosa, agressiva, tirânica com todos.

Além da clivagem que divide o self e objetos externos em bons e maus, temos outros mecanismos que são a idealização primitiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização. Tais mecanismos fazem com que o paciente *borderline* não tolere nenhuma falha na pessoa idealizada, havendo em contrapartida uma percepção que outros são persecutórios e ameaçadores, onde uma maldade poderá aniquilá-los. Segundo Kernberg(2006), estes mecanismos também são expressão de um excesso constitucional de agressão oral que impede que estes pacientes resolvam seus conflitos edípicos, que aparecem então de forma crua e primitiva.

A relação do paciente borderline com o analista será determinada por este mundo interno fragmentado, descontínuo, com representações caricaturadas de si e do outro, que mudam drasticamente a cada momento. Esses paradigmas de relacionamentos são revelados na transferência com o analista e indicarão a principal forma de intervenção durante o processo terapêutico.

Para Kernberg (2006), as complexidades da regressão transferencial e seus níveis mais profundos de psicopatologia podem ser classificados e interpretados A relação paciente-analista é observada enquanto díade, sendo o processo intrapsíquico movido por ela.

O papel do terapeuta é experimentar a identificação com a representação do Eu ou do Objeto que foi internalizado pelo paciente. Por meio da contratransferência e da intervenção interpretativa, o analista age como uma terceira pessoa que se interpõe nessa relação primitiva com o objeto, ouvindo o discurso verbal, observando o comportamento não verbal e analisando sua contratransferência. A relação diadema na transferência se transforma num

potencial triádico. Simbolicamente, esta relação triádica significa a passagem do relacionamento pre-edipiano para o edipiano.

As relações objetais permitem ao terapeuta, enquadrar a visão do que a princípio parece ser uma relação caótica e comece a perceber os padrões de oscilação no relacionamento da díade na medida em que surgem na transferência.

As interpretações transferenciais diferem com pacientes borderlines em relação aos pacientes neuróticos. Nesses (neuróticos), as representações internas cindidas mais primitivas de estágios precoces de desenvolvimento, tem sido integradas formando estruturas psíquicas coerentes e conectadas entre si. Nos *bordelines*, ao contrário dos neuróticos, as representações primitivas internas são cindidas e desintegradas de uma estrutura coerente.

Kernberg ressalta a importância do gerenciamento da neutralidade do terapeuta, sendo que esta significa manter uma posição crítica e autônoma em relação às demandas explícitas do paciente. Em sua “Terapia Focada na Transferência”(2006),são usadas cinco técnicas básicas: gerenciamento de neutralidade ,integração de dados contratransferenciais ,controle do enquadre do tratamento, análise da transferência as etapas do processo interpretativo que são, respectivamente, clarificação, confronto e interpretação (KERNBERG,2006).

Ilustração clínica e reflexões

Neste estudo, apresentamos reflexões sobre o atendimento de uma paciente com organização *borderline* utilizando o entendimento da dinâmica da organização *borderline* proposto por Otto Kernberg (2006). É importante ressaltar que nesse atendimento percebemos em seu decorrer que o uso de materialidade mediadora poderia facilitar a reflexão do paciente durante as etapas do processo interpretativo. O uso de materialidades mediadoras como facilitadoras da comunicação das angústias do paciente é baseada na teoria psicanalítica, em especial nos conceitos desenvolvidos por Winnicott.

Nos últimos anos, muitos autores têm realizado estudos sobre a utilização de materialidades mediadoras como intervenção psicoterapêutica. Temos dentro da atuação em

grupos, os trabalhos das Oficinas Psicoterapêuticas de Criação (AIELLO-VAISBERG, 2004) e as Oficinas Psicoterapêuticas utilizadas no contexto psiquiátrico (TARDIVO E GIL, 2008). No atendimento individual, observamos a realização de vários estudos que enfocam o uso da materialidade (pintura, argila, etc.) como facilitador no processo terapêutico do paciente. Ressalta-se neste enquadre, o uso de instrumentos projetivos não só como objetivo diagnóstico, mas também como mediadores e facilitadores do contato terapêutico (GIL, 2005; TARDIVO E GIL, 2008, Gil 2010; BARROS, GIL TARDIVO, 2010).

No caso apresentado como ilustração clínica, foram utilizadas algumas técnicas sugeridas por Kernberg (2006) na sua proposta da terapia focada na transferência, bem como a utilização de materialidade mediadora inspirada na teoria de Winnicott (AIELLO-VAISBERG, 2004), como o objetivo da facilitar e favorecer o contato terapêutico com o paciente.

Como ilustração clínica apresentamos o caso de Maria (nome fictício), 51 anos, atendida com freqüência semanal no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social-Projeto APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Maria foi encaminhada por um psiquiatra da rede pública da cidade de São Paulo, com queixa de depressão moderada e obesidade. Já no primeiro encontro, notou-se que não se tratava apenas de um quadro depressivo, mas sim de um transtorno mais severo. Apresentou-se muito angustiada, agitada e desorientada em relação à situação atual, portando-se de maneira invasiva e agressiva em relação ao analista. Havia sido demitida de seu último emprego e estava há dois anos desempregada. Vive com a mãe e a filha de nove anos, dependendo da aposentadoria deixada pelo pai para seu sustento.

A sua vida amorosa é conturbada, tendo sido casada com o pai de sua filha por cinco anos, num relacionamento conflituoso e pouco recíproco. Segundo ela, sua identidade sexual não é definida, tendo tido relacionamentos tanto homo quanto heterossexuais desde a sua adolescência. Seu discurso é fluente, verborrágico, transitando de passagens escatológicas a poéticas num só tempo. Apesar de estar medicada, tem insônias e sonolências durante todo o dia. Sua principal ocupação atual é cuidar da casa e de sua mãe, octogenária e cega, tarefa

que realiza com muito esforço. Questiona-se porque não consegue arrumar o próprio quarto, tendo percebido uma compulsão por trazer diversas coisas para o seu interior, indicando talvez um colecionismo.

Diz ser católica praticante, auxiliando o pároco de sua igreja nas diversas atividades comunitária, porém, ao mesmo tempo, freqüenta templos espíritas e busca cura para seus males por meio destes rituais. Acredita ter visões e percepções de seres espirituais.

Durante o processo terapêutico percebemos que a paciente apresentava características de uma organização *borderline*, com identidade difusa, indiferenciada, agressividade verbal e principalmente, dificuldade de integrar aspectos positivos e negativos nela ou em outras pessoas, que se apresentavam ora como totalmente boas ou totalmente más. Isto fez com que rompesse muitos relacionamentos se tornando uma pessoa muito sozinha e carente. A função materna é preservada, apesar de queixar-se de muita falta de tolerância com a sua filha e ter freqüentes irrupções de raiva.

A partir desta hipótese diagnóstica, utilizamos as técnicas desenvolvidas por Kernberg(2006), focando a terapia na relação transferencial.

O uso da materialidade (desenho) foi utilizado como facilitador do processo interpretativo buscando auxiliar a paciente a perceber e se apropriar de seus conflitos internos.

Após oito sessões, a paciente manifestou o desejo de desenhar, sendo então oferecido papel e crayons. Deixamos que realizasse um desenho livre,de maneira a favorecer a expressão de seus conflitos atuais.

Figura1

Neste desenho a paciente expressou como se sente no momento atual, como se vivesse no útero de sua mãe, totalmente indiferenciada. A mãe encontra-se deitada podendo ser interpretada como dormindo, gestando a criança ou no momento do parto. A paciente dizia sentir-se em cada um destes estados.

Nas sessões seguintes, exploramos estes conteúdos e seguimos oferecendo materiais para a paciente desenhar. Durante esse período, notamos uma melhora de seus sintomas, com a paciente expressando o desejo de participar de grupos de auto-ajuda e programas de emagrecimento. Começou também a vender cosméticos, o que lhe propiciava estabelecer novas parcerias e que saísse de sua casa para trabalhar.

Após seis sessões da elaboração da figura 1, a paciente fez outro desenho bastante significativo, indicando como desejaria estar daqui a um ano.

Figura 2

Percebe-se nesta representação a divisão da folha em duas partes: de um lado a representação de uma menina de mais ou menos 13 anos, ainda sem os contornos definidos, muito magra e pueril. De outro, uma concha fechada, que segundo a paciente encerra uma pérola dentro dela, mas tem muita dificuldade em se abrir. Exploramos quais os significados possíveis (dentro da técnica de clarificação), confrontamos com a realidade e depois interpretamos. Observamos como este desenho reproduz a clivagem, dois aspectos da representação do self: no lado esquerdo do desenho predominam elementos com movimentos alegres, para cima(setas), que contrastam com os da direita, movimentos fechados, com sombra escura.

Após a interpretação do terapeuta, de que significavam os dois estados de seu funcionamento psíquico, a paciente observou que há uma passagem entre estes dois estados e poderia então integrá-los. Notamos que esta observação da paciente aponta para o desejo de constância na noção da sua identidade, bem como uma sua evolução e permanência no espaço e tempo, buscando desenvolver suas potencialidades enquanto um ser humano vivo e desperto.

Observamos neste atendimento que emprego do desenho aliado à técnica da clarificação, confronto e interpretação indicada por Kernberg, proporcionou que a paciente reconhecesse e integrasse estes diferentes estados de sua psique, de modo a apropriar-se de suas dificuldades, ao mesmo tempo em que elaborá-las num contexto seguro e criativo.

Após o período de um ano de atendimento psicoterapêutico e psiquiátrico, Maria apresentou melhora significativa nos sintomas iniciais. Está preocupada em ampliar o escopo de seu trabalho passando a vender outras marcas de cosméticos, bem como continuar a participar dos grupos de auto-ajuda e das obras assistenciais da igreja.

Concluímos que no tratamento desta paciente com organização *bordeline,* a utilização das técnicas indicadas por Kernberg aliadas ao uso de materialidade mediadora favoreceu a melhora de Maria, facilitando a expressão de aspectos emocionais e elaboração de seus conteúdos psíquicos.

Esta forma de enquadre diferenciada propiciou a criação de um setting terapêutico que favoreceu o estabelecimento de um ambiente seguro e protegido para a paciente e analista. Este último , apoiado na materialidade, pode gerenciar a neutralidade terapêutica e conduzir o processo interpretativo com mais segurança ,permitindo a paciente desenvolver e integrar aspectos primitivos de sua personalidade.

Referências

AIELLO VAISBERG, T.M.J. ¨*Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicotiana*¨São Paulo, Idéia s e Letras,2004

BAUMAN, Z. ¨*Modernidade Líquida*¨,Rio de Janeiro, Zahar,2001

BARROS, M.S.M; Gil, C.A.; Tardivo L.S.L.P.”*Utilização de enquadres diferenciados em contexto clínico: O uso de materialidades mediadoras no processo psicoterapêutico de um paciente comdepressão grave*”,in Trauma, História e Subjetividade,AASM,Buenos Aires,2010

CLARKIN,J.F.,YEOMANS,F.E., KERNBERG,O.F,¨*Psychotherapy for Borderline Personality:Focusing inObject Relations* ¨Washington,APP,2006

GIL,C.A.”*envelhecimento e depressão:da perspectiva diagnóstica ao encontro terapêutico”.* Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo. São Paulo, 2005.

GIL, C.A.”*Recordação e transicionalidade:a oficina de cartas,fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal em idosos”*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010

TARDIVO,L.S.L.PC.*Ö adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexõespsicológicas*¨. São Paulo, Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia da USP,2004

TARDIVO, L.SL.P.C.;GIL,C.A. *APOIAR* Novas propostas em Psicologia Clínica, São Paulo: Sarvier, 2008.

O JOGO DO RABISCO COMO COMUNICAÇÃO: A INTERAÇÃO DOS TRAÇOS NO CONTEXTO TERAPÊUTICO

Aline Moreira da Silva Tafner
Maria Aparecida Mazzante Colacique
Leila Salomão de LA Plata Cury Tardivo

APOIAR
Universidade de São Paulo

Winnicott, o brincar e o Jogo do Rabisco

Na perspectiva winnicottiana, o brincar possui um diálogo próprio. Apesar de ser largamente utilizada pela psicanálise no tratamento de crianças a partir das contribuições de Melanie Klein (1981), a brincadeira não possuía um lugar de destaque dentro da literatura psicanalítica, segundo Winnicott quando escreveu *"O Brincar e a Realidade"* (Winnicott, 1975 [1971]). Para este autor (Ibid, p. 61), o psicanalista que se valia da brincadeira no tratamento de crianças partia do pressuposto que elas não tinham o domínio da linguagem para comunicar as sutilezas da dimensão emocional de suas questões. No entanto, acrescenta que desde então, os psicanalistas passaram a se preocupar mais com o conteúdo do brincar do paciente, do que simplesmente em olhar a criança e ver sua brincadeira como uma coisa em si.

O brincar é universal e próprio da saúde, tendo início nas primeiras relações entre mãe e bebê. Inicialmente, o bebê e o objeto (no caso a mãe, ou alguém que ocupe este lugar) encontram-se fundidos um ao outro. A visão que o bebê tem de sua mãe é completamente subjetiva; e a mãe se comporta a fim de tornar concreto aquilo que o bebê está pronto para encontrar. Gradualmente, o objeto é repudiado e aceito novamente, tornando-se objetivamente percebido pelo bebê (WINNICOTT, 1975 [1971]). A mãe oscila entre ser o que

o bebê tem capacidade para encontrar; e ser ela mesma, enquanto aguarda ser encontrada novamente. (Ibid, p.70). Neste movimento da mãe e do bebê, estamos diante da ilusão da criação onipotente do objeto e é aí onde se dá o início da brincadeira. "*A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais".* (Ibid. p. 71).

Com o passar do tempo, a criança poderá, na presença de alguém significativo, permitir e fruir a sobreposição de duas áreas do brincar: realizará, então, um jogo, que será testemunhado e refletido pela pessoa em questão, surgindo a oportunidade de brincar **com** alguém (SAFRA, 1999; WINNICOTT, 1975 [1971]).

A psicoterapia se trata da sobreposição de duas áreas do brincar – a do paciente e a do terapeuta. Portanto, "*A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas"* (WINNICOTT, 1975 [1971], p. 59). Segundo o autor, a psicanálise foi desenvolvida como uma forma especializada de brincar, cujo objetivo visa à comunicação consigo mesmo e com os outros (Ibid, p. 63). Na situação analítica não há alguém que seja um personagem indefinido e neutro. Constitui-se como uma situação na qual duas pessoas estão ligadas e são complementares enquanto dura a sessão. Estando envolvidos no mesmo processo dinâmico, nenhum membro da dupla paciente-terapeuta existiria ali sem o outro (BARRANGER & BARRANGER, 1969).

Durante as sessões, cabe ao terapeuta se adaptar ativamente às necessidades e expectativas do paciente, assim como a mãe que se adapta à criação-repúdio-reencontro. Com o diferencial de que, neste caso, há a compreensão do que se passa com o paciente, e, se for o caso, a comunicação verbal deste entendimento, possibilitando assim a integração de seus aspectos dissociados e/ou não vividos (LESCOVAR, 2004). O terapeuta precisa sustentar a própria atividade do brincar para que a função de criar realidades e sentidos possa estruturar a capacidade de simbolizar possibilitando assim o desenvolvimento da criança (SAFRA, 1999). Desta forma, onde o brincar não se faz possível, é dever do terapeuta trazer o paciente para um estado no qual será capaz de fazê-lo e para tanto, ao psicoterapeuta cabe brincar e gostar de brincar – seja com um paciente adulto ou criança.

Foi a partir desta compreensão que Winnicott criou o Jogo do Rabisco. Em seu livro denominado "*O gesto espontâneo"* (WINNICOTT, 1987, p. 154, 155), o psicanalista aborda uma série de referências a esta técnica; e traz o relato de alguns casos no qual o rabisco aparece como veículo de comunicação entre ele e seus pacientes em "*Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil"* (WINNICOTT, 1984). O Jogo do Rabisco se refere a uma técnica cujo objetivo é tão somente entrar em contato com o paciente. Consiste no seguinte: o terapeuta faz um rabisco qualquer numa folha de papel e este deve ser transformado em um desenho pelo paciente. Depois é a vez deste último que faz o seu rabisco e o terapeuta transforma-o em um desenho; e essa sequencia se dá várias vezes, até que os desenhos possam repetir as idéias e/ou angústias, então é a hora de finalizar.

A maneira como o autor propõe a técnica não coloca o terapeuta num papel de "preenchedor" de espaços vazios do paciente: os dois estão imersos igualmente numa brincadeira que possibilita, concretamente, a simbolização e a integração. Tampouco trata o desenho como um código que deve ser literalmente lido ao paciente. Essa visão fica expressa quando o autor relata o caso de Iiro (WINNICOTT, 1984 p. 20 - 36). Neste relato clínico, Winnicott deixa claro que qualquer explicação referente aos conteúdos inconscientes implicados nos desenhos seria muito grosseira e considerava muito improvável que o menino tivesse consciência do que de fato estava comunicando. Este gesto pode ser extremamente invasivo por parte do terapeuta, o que poderia desencadear uma reação defensiva por parte do paciente, bem como incentivar a infantilização do mesmo e alimentar uma dependência arcaica em relação à figura onisciente do terapeuta (RODULFO, 1990 apud PROCHET, 1993). No contexto do Jogo do Rabisco, Winnicott (1984, p. 11) afirma: *"É quase como se a criança, através dos desenhos, estivesse lado a lado comigo e, de certo modo, tomando parte ao descrever o caso, de forma que o relatório do que a criança e o terapeuta dizem tende a soar como verdade".* A terapia não tem sentido se não for uma criação conjunta.

> O que torna o jogo do rabisco original é que não é apenas a criança, mas, igualmente o terapeuta, expressam-se e comunicam-se graficamente. O simbolismo mais do que nunca só pode encontrar sua

> significação dentro da relação estabelecida pela dupla, no espaço interpessoal. Quando o rabisco de um é completado pelo rabisco do outro, abre-se o campo dialético do espaço potencial integrando aspectos inconscientes tanto de terapeuta como do paciente. O jogo não tem sentido sem um dos participantes. O terapeuta coloca seu brincar e seu inconsciente a serviço da realidade interna do paciente sem deixar de ser o tempo todo ele mesmo. (PROCHET, 1993 p.52)

Winnicott (1987) valorizava a liberdade absoluta em relação ao Jogo do Rabisco. Tanto que se mostrou relutante em reunir suas idéias acerca deste tema, pois temia "*dar início a uma 'técnica de rabiscos' na condição de rival de outras técnicas projetivas"* (Ibid, p. 116), não querendo cair em algo estereotipado como o Teste de Rorschach (Ibid., p. 116). Para ele, a aplicação cega de uma técnica, é inútil para o paciente, pois não se adéqua às suas necessidades (LESCOVAR, 2004). Winnicott considerava fundamental que o Jogo do Rabisco pudesse ser adaptado à realidade de cada paciente e se adequasse às especificidades de cada relação terapêutica (Winnicott, 1987), acrescentando que, agradava-lhe pensar que seria mais proveitoso o desenvolvimento de técnicas próprias por cada profissional.

O rabisco é um traço inacabado, e isto possibilita que ao realizá-lo, o paciente anseie pela possibilidade de que aspectos mal elaborados da sua história de vida encontrem trânsito na presença de outrem (MAZZOLINI, 2007). Os rabiscos de Winnicott nunca eram uma forma fechada, conhecida. O paciente se sentia provocado pelo desenho, fosse por sua instabilidade e/ou pelo desejo de dar forma a ele. No momento da construção de algo a partir do rabisco, obtém-se uma forma que fala do estado de self.

Caso clínico: o Jogo do Rabisco de Jefferson e sua terapeuta

A apresentação do Jogo do Rabisco proposto por Jefferson exige um breve preâmbulo sobre sua história e a relação terapêutica. Trata-se de um menino de 11 anos, abrigado desde os oito, quando iniciou o atendimento terapêutico. O atendimento psicológico foi requisitado

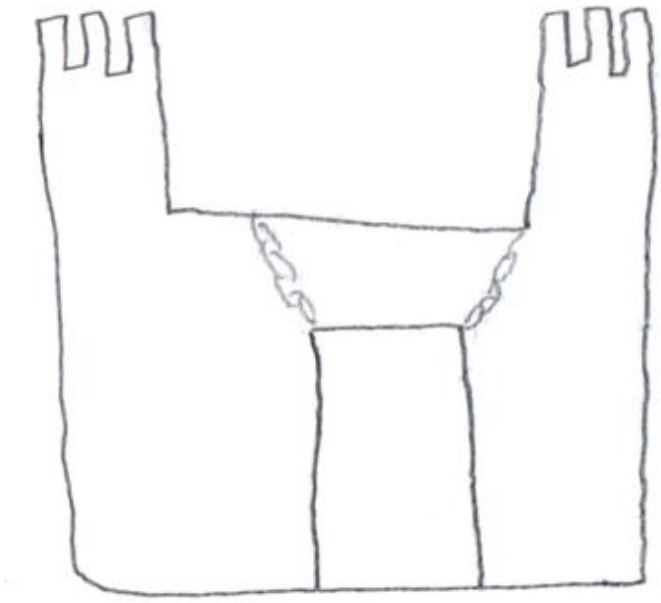
pela equipe do abrigo, pois Jefferson, institucionalizado havia seis meses, apresentava crises de intensa agressividade, chegando a agredir os educadores do abrigo, quebrar vidros e assustar outras crianças. O menino, em dois anos de terapia, nunca apresentou tal comportamento em sessão, pelo contrário, sempre se mostrou educado, participativo, apesar de raramente falar sobre o abrigo ou a família. Durante cerca de um ano e sete meses, foi à sessão semanalmente e brincava de jogos como: jogo da memória, futebol de botão, damas e quebra-cabeça. Numa sessão, Jefferson faltou. Passado alguns dias, como ninguém do abrigo entrou em contato comunicando o motivo da falta, a terapeuta telefonou e falou com o paciente, que lhe disse ter faltado porque estava com preguiça e havia dormido muito, mas assegurava-a que iria à sessão seguinte. Neste contato telefônico, a terapeuta foi informada por um educador do abrigo que Jefferson se envolveu numa briga no próprio abrigo dias antes. Quando o menino volta à sessão, a terapeuta propôs o Jogo do Rabisco.

Fazem juntos apenas uma unidade iniciada pela terapeuta. Então, Jefferson pergunta se poderia inventar um novo jogo a partir daquele: ele desenharia algo e a terapeuta teria que adivinhar, depois era a vez dela e ele adivinharia – e assim sucessivamente até que ele determinasse o final da brincadeira. Quando Winnicott (1984) relata o caso de Iiro, num determinado momento, coloca que o menino fez o rabisco, que o psicanalista transformou em um ponto de interrogação. Imediatamente o paciente comenta: *"Podia ter sido um fio de cabelo*" (p.24). Muitas vezes quando o paciente faz o rabisco a ser completado pelo terapeuta, já possui uma idéia do que quer que aquilo se transforme. Isso vale igualmente para o terapeuta, que pode – mais conscientemente ou inconscientemente – propor um desenho que remeta a algum conflito para o paciente. (O próprio Winnicott nos fornece um exemplo próprio também no caso de Iiro, p. 26 desenho 10). Ao criar a sua modalidade de Jogo do Rabisco, Jefferson reduz o número de possibilidades de sentidos, uma vez que o desenho já está pronto e o que resta é adivinhar. Ainda sim, após o palpite, este estará sujeito à confirmação. Porém a autoria deste Jogo do Rabisco é também compartilhada entre ele e a terapeuta, já que ela também produz desenhos que caberá a ele adivinhar. E o palpite é tão fundamental quanto o desenho em si.

Chega num determinado momento (desenho 12, Ibid, p. 28) que Winnicott comunica a impressão que o desenho de Iiro lhe passou ao invés de completar o rabisco e a partir de então, o menino pode conversar mais abertamente sobre a deficiência que trazia nas mãos e as cirurgias que já tinha feito e que ainda faria. A adivinhação, entendida como a construção de um sentido, está implícita tanto no Jogo do Rabisco de Winnicott e de Iiro, como no de Jefferson e sua terapeuta. Quando se completa o rabisco, o que está acontecendo é a construção de sentido a partir de algo incompleto e o mesmo se dá quando Jefferson ou sua terapeuta tentavam adivinhar um desenho. O menino, com a proposição do jogo do rabisco assim como Winnicott propunha, captou muito acertadamente que é necessário dar liberdade para que o outro possa interagir. Desta forma, criou desenhos abstratos o que permitiu o trânsito de conteúdos latentes dele e da terapeuta.

No total, no caso que estamos relatando foram realizados 11 desenhos: 6 de Jefferson e 5 da terapeuta. Para o presente trabalho, optou-se por apresentar apenas os três últimos, a partir dos quais um novo canal de comunicação se abriu. Esta foi a ordem dos desenhos (na legenda: J = desenhos da autoria do paciente; T = de autoria da terapeuta):

Desenho 9: Telhado pegando fogo (J)



Desenho 10: Castelo (T).

Desenho 11: Telefone (J)

Jefferson apresenta um desenho extremamente conciso com traço forte e decidido: suas linhas são contínuas, o lápis quase não sai do papel. Tem uma expressão gráfica muito subjetiva, ou seja, não se preocupa em desenhar de um modo realista. Mesmo representando coisas do mundo, o menino escolhe uma forma de expressão pouco definida que requer disponibilidade por parte da terapeuta para mergulhar verdadeiramente naquele jogo. Por esta subjetividade dos desenhos, nem sempre foi possível adivinhar corretamente o que ele queria

expor. Foi então que, no desenho nº 9, a terapeuta se pôs a pensar diante dele. E depois de um tempo, adivinhou corretamente do que se tratava. Não foi o primeiro desenho que ela adivinhou, mas a simplicidade formal deste e talvez a sua importância para o que estava em jogo naquela sessão específica, fez com que ele hesitasse diante do acerto. Na sequencia, então, ela desenhou um castelo fechado, adivinhado pelo menino e ele finalizou a brincadeira com um telefone (inspirado num brinquedo presente na sala de atendimento). Depois que a brincadeira se encerrou, Jefferson foi brincar com outro jogo e a terapeuta ficou olhando para a folha dos desenhos. Ela se lembrou de uma sessão na qual brincaram com um jogo onde havia super heróis. Na época, perguntou ao paciente, se pudesse ter super poderes, qual gostaria de ter, e ele disse que gostaria de ter o poder do fogo, pois quando ficasse com medo, queimaria tudo. Associou esta lembrança ao telhado do desenho e relacionou-o à briga que ocorreu no abrigo antes da última sessão a qual Jefferson faltou. Relata seus pensamentos ao menino. Ele prestou atenção e ela acrescenta que aquele castelo poderia ter a ver com a maneira como ele ficou após a briga: fechado, impenetrável. Então, Jefferson pôde dizer que, na verdade não faltou na última sessão por preguiça, mas porque ficou vergonha da confusão que aprontou e não queria ter que contar o episódio. A terapeuta então aponta para o telefone e diz que através daquele desenho ele foi capaz de se comunicar com ela assim como fazemos quando usamos o telefone. A partir desse comentário, ele contou o que tinha acontecido na briga. E puderam conversar mais abertamente sobre como ele se expressava quando estava com raiva e acuado, além de expor seu desejo de preservar sua imagem diante da terapeuta.

Considerações Finais

O Jogo do Rabisco possibilitou que Jefferson tratasse de uma questão que estava fragmentada na sua vivência. Era um assunto delicado para o menino e a linguagem verbal não estava ao seu alcance para lidar com ele. Quando a terapeuta propõe do Jogo do Rabisco, Jefferson vê no desenho a possibilidade de expressar algo importante, mas obviamente não tinha consciência do que fazia. Para isso, ele contou com a flexibilidade e

disponibilidade da terapeuta que aceitou o seu jogo inteiramente e sem condições. A dupla pôde viver a brincadeira do rabisco de forma autêntica, onde estava em jogo a possibilidade do criar subjetivo e o encontro com os objetos reais.

Referências

KLEIN, M. **Psicanálise da Criança**. São Paulo: Mestre Jou. 1981.

LESCOVAR, G.Z. **As consultas terapêuticas e a psicanálise de D.W. Winnicott.** Revista Estudos de Psicologia PUC-Campinas. 21 (2). P. 43-61. Maio agosto 2004.

PROCHET, N.M.S. **O jogo do rabisco: um espaço compartilhado: reflexões sobre a contribuição de Winnicott ao diagnóstico psicológico.** 1993**.** Número de folhas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

MAZZOLINI, B.P.M. **Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel.** Imaginário 13 (14). São Paulo. Junho 2007.

SAFRA, G. **O brincar sob a perspectiva winnicottiana.** São Paulo: UMESP, 1999.

WINNICOTT, D.W. **O brincar & a realidade.** Rio de Janeiro: Imago,1975 [1971].

WINNICOTT, D.W. **Consultas terapêuticasem psiquiatria infantil.** Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D.W. **A criança e seu mundo.** Rio de Janeiro: Zahar Cultural, 1985.

WINNICOTT, D.W. **Gesto espontâneo.** São Paulo: Martins Fontes: 1987.

O OLHAR DE TRISTEZA E O OLHAR DE FELICIDADE: A IMPORTÂNCIA DO MANEJO

Sonia Maria da Silva Balão
Maria Aparecida M. Colacique
Leila Salomão. de La Plata Cury Tardivo
APOIAR
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo elucidar o tema sobre a importância do manejo do psicólogo para a evolução do tratamento psicológico, valendo-se de ilustração clínica observada em um caso em andamento de um pré-adolescente no Laboratório APOIAR-USP. Foram realizadas 15 sessões semanais até o presente momento. O paciente apresentava, no início do tratamento, queixa de comportamento agressivo e sem limite; e seu olhar entristecido chamou a atenção da profissional. Durante o processo de psicodiagnóstico, foi possível perceber que o jovem tem revivido suas necessidades mais primitivas, reorganizando-se emocionalmente em sua realidade interna e adquirindo mais confiabilidade para reestabelecer seu amadurecimento pessoal. O olhar triste que ora se expressava tornou-se um olhar de encontro ao outro com esperança de poder ser visto e ver o mundo de uma nova maneira. Nesse caso, a tarefa do psicólogo está permeada em proporcionar, uma relação sadia dentro de um ambiente diferenciado do que o menor se encontrava. O tratamento psicoterapêutico terá continuidade visando o maior desenvolvimento do olhar entre o paciente e o mundo.

Palavras-chave: Manejo, olhar de tristeza, olhar de felicidade, constituição humana, amadurecimento pessoal.

INTRODUÇÃO

Partindo da ilustração clínica do atendimento psicológico de um pré-adolescente de 12 anos no Laboratório APOIAR-USP, tem-se a intenção de explanar neste trabalho a importância do manejo realizado pelo analista, visando à integração da personalidade e reorganização psico-emocional do paciente.

Suscintamente, o paciente (B.) encontra-se num abrigo temporariamente, retornando para seu ambiente familiar nos finais de semana. Essa determinação judicial decorreu devido às impossibilidades cotidianas de a família lhe proporcionar cuidados necessários (limites, atenção e proteção) e por haver ameaças na comunidade (trafego de drogas, roubo). A avó pediu ajuda quando percebeu que seu neto encontrava-se em risco e ela se sentia impotente. B. apresentava comportamento agressivo, de rebeldia e sem limite (desafiador), Ele fica solto nas ruas desde seus 04 anos de idade, retornando para casa sempre de madrugada. A responsável afirmou que sempre teve dificuldades de lhe colocar limites e que, devido trabalhar muito, ele sempre ficou sob cuidados de uma tia muito jovem (diferença de idade entre eles é de apenas 08 anos). Ele viveu com os pais até 01 ano e 06 meses de vida. Na sequência, os pais se separaram e a mãe “o deu” a sua avó materna, a qual o acolheu até o presente momento com a ajuda de outros familiares. O pai vive próximo de sua residência, mas não consegue proporcionar cuidados ao filho e à sua irmã, pois se tornou uma pessoa frágil e dependente de álcool. A mãe se mudou, ficou 07 anos sem contato com o pré-adolescente e quando retornou não o reconheceu como filho. Atualmente, ele tem 04 irmãs, 01 mais velha que também vive com a avó e 03 mais jovens que estão sob responsabilidade da mãe.

Com esse histórico de precariedades, judicialmente foi solicitado que tanto a família quanto o pré-adolescente recebam tratamento psicológico com o intuito de reaproxima-los, objetivando seu retorno definitivo ao lar familiar. Sendo assim, a instituição que o abriga buscou ajuda psicológica nesta clínica-escola. A família continua sem receber esse apoio / atendimento dos órgãos públicos

Foram realizadas 15 sessões até o momento (01 vez por semana), as quais compuseram o Psicodiagnóstico que permeou: entrevistas com os responsáveis pela instituição que o abriga, com o próprio jovem e com a família; aplicação de técnicas projetivas (CAT, Desenhos-Estórias, Questionário Desiderativo e Fábulas de Düss); hora lúdica e observações.

B. aceitou seu tratamento psicológico e diz que gosta de vir em seu atendimento.

Inicialmente, mostrou-se arredio, sendo que seu olhar muito triste chamou a atenção da profissional que, simultaneamente, realizou o psicodiagnóstico e visou cuidados necessários que conduziam o paciente no sentido de uma reorganização emocional a caminho do reestabelecimento do amadurecimento pessoal, baseando-se no princípio básico que Winnicott (1962, p.430) reforça ser necessário:

> "É necessário tomar como princípio básico a tendência herdada de cada novo indivíduo no sentido do crescimento e do desenvolvimento. Sob condições ambientais suficientemente boas, o indivíduo conduz, entre outras coisas, uma tendência no sentido da integração da personalidade. A partir de um estado relativamente não-integrado, cada menino ou menina acaba por tender a tornar-se uma unidade, e uma unidade autônoma. A princípio, a mãe empresta a unidade dela à criança e, sob sua égide, essa criança é uma pessoa total e, muito gradualmente, vem a ser e a permanecer uma unidade quando separada e afastada daquela. Disto pode-se facilmente compreender que, nos estágios iniciais, há uma dependência muito grande, quase absoluta, e a coisa mais difícil no cuidado infantil é o fracasso gradual de adaptação da mãe, que se destina a atender a necessidade crescente que a criança individual tem de esforçar-se por uma maneira pessoal de vida. Estas coisas não podem ser aprendidas e tampouco podem ser feitas por máquinas. Eles dependem inteiramente do cuidado e da compreensão humanas e de uma coleção de coisas que podem ser reunidas e descritas através da palavra "amor". Pode-se dizer da psicoterapia, que faz parte daquela, que o terapeuta

está fornecendo profissionalmente e em data posterior exatamente aquilo que normalmente é dado por amor em data anterior".

Desse modo, com o estabelecimento de um vínculo, o processo terapêutico pode proporcionar ao paciente a oportunidade de reviver seu passado de uma forma a poder experienciar suas próprias necessidades primitivas de dependência, iniciando a aceitação dos limites no seu espaço terapêutico e, mostrando-se mais afetuoso e disponível a adaptações com comportamentos mais adequados nos ambientes cotidianos.

Passou a ser menos agressivo com seus colegas e professores, empenhado na realização de suas tarefas escolares, sociável com seus primos, obediente aos limites de horários e regras do abrigo e de casa, dentre outros, sempre afirmando que estava fazendo tais mudanças por "ele e pela psicóloga" – Exemplo: "Pensei muito no que conversamos, em eu ficar na rua, e estou tentando ficar em casa por nós"(sic).

Pensando em tais aquisições, Rodrigues (2010), ressalta que os limites podem ajudar o adolescente a desenvolver um auto-conhecimento, onde ele possa expressar seus sentimentos de forma adequada. Através do equilíbrio entre o afeto e o limite, o adolescente parece enfrentar melhor os problemas que a vida traz e com uma atitude orientadora dos adultos, situa-se de que é capaz de vir a ser melhor.

Há uma preocupação, sempre que possível, em orientar as responsáveis do abrigo e os familiares nesse papel de orientadores no trato mais afetuoso e resignado com o jovem, pois diante de sua história de vida, percebe-se que seu comportamento sem limite, desenfreado, agressivo e desafiador surgiu num sentido de pedir ajuda quando se viu abandonado, sem atenção e cuidados básicos necessários.

Este pré-adolescente sofreu uma separação brusca da mãe quando tinha 01 ano e 06 meses e não teve tempo e oportunidade de elaborar emocionalmente tal vivência, talvez até mesmo de adquirir sua própria unidade de vida (o EU SOU), de modo que sempre buscou essa recuperação em novas relações, frustrando-se quando não encontrava os cuidados propícios para atingir seu desenvolvimento adequado e reestabelecer sua linha de crescimento.

O fato é que, conforme afirma Dias (2008, p.38),

> a despeito de sua capacidade de lidar com as exigências da realidade compartilhada, suas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas coisas que são simples e essenciais, e que só podem ser oferecidas pelo que se chama ambiente suficientemente bom. Essas pessoas precisam que lhes seja fornecida a oportunidade de viverem experiências primitivas, com o ambiente desta vez atendendo, com sucesso ao invés de fracasso, às necessidades específicas do momento.

Desse modo, o analista procura ser como uma mãe suficientemente boa, que sempre vê seu paciente como uma pessoa a ser ajudada dentro de umvínculo e que neste caso o olhar foi básico.

O processo de fortalecimento do ego deve ocorrer, caracterizando uma dependência necessária do paciente com o psicoterapeuta, o qual nesse momento tem a responsabilidade de acolher, perceber o que o outro está sentindo, cuidar e usar de subterfúgios que o ajude a encontrar o seu verdadeiro self, a enfrentar o medo do aniquilamento e a deixar de ser movido pelo falso self que o protege dos traumas e frustrações, caminhando, por consequente, ao amadurecimento pessoal por meio da integração da personalidade.

Para tanto, Winnicott (1994, p.78) ressalta a importância da sustentação (holding), do manejo (handling) e da realização por parte do psicanalista (no caso o ambiente facilitador):

> “aumento gradual da necessidade de uma provisão ambiental especializada”.É assim que temos de lidar com um paciente que não recebeu este tratamento inicial suficientemente bom, não é certo que possamos corrigir o que foi deficiente. As exigências que nos são feitas são em verdade sérias. Não é como se soubéssemos imediatamente as exigências que nos vão ser feitas. A princípio, podemos atendê-las facilmente. É como se o paciente gradualmente nos seduzisse ao conluio, ao conluio com o bebê no paciente que, de uma maneira ou outra, recebeu uma atenção insatisfatória

> nos estágios iniciais. A razão pela qual o início de tudo isto é insidioso é que o paciente apenas gradativamente começa a ter esperanças de que essas exigências sejam atendidas.
>
> Durante os atendimentos psicoterapêuticos nota-se que a criança, que por algum tempo permanece dependente, em seguida percebe-se a evolução dentro da própria relação para um estágio de independência, de iniciativa, de progresso em relação ao mundo que a rodeia'.

Portanto, nesse processo terapêutico, é passível de observar que o paciente tem encontrado o apoio que necessita para se organizar emocionalmente. De tal modo, baseado nas afirmações de Winnicott (1962, p.67) constata-se que o padrão psicoterapêutico consiste em se identificar de algum modo com o paciente, de tal maneira que possa prover aquilo de que ele necessita a qualquer momento com um holding (sustentação) e um hadling (manejo) adequados.

Com as conquistas atingidas pelo paciente, a profissional já consegue ver em seus olhos um *olhar de felicidade* ao chegar à terapia e ele tem relatado melhoras relacionais em sua casa, principalmente com sua cuidadora mais próxima, a tia jovem, que o tem agradado mais e lhe dado atenção e cuidados.

Assim, o tratamento psicoterápico terá continuidade e, planeja-se proporcionar, sob responsabilidades de outros profissionais, um tratamento de orientação à responsável do abrigo e um tratamento psicológico aos familiares com o intuito de fortalecê-los no acolhimento do pré-adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a constatação da seriedade do papel do psicólogo na condução de um tratamento psicológico e a importância de um manejo adequado para se atingir uma evolução no processo psicoterapêutico e, consequentemente, possibilitar ao paciente a retomada de seu amadurecimento pessoal.

O indivíduo desamparado adota atitudes inconsciente agressivas, irritantes e desafiadoras, de modo que faz com que as pessoas ao seu redor sintam-se raivosas e impotentes em ajudá-lo e, muitas vezes, o abandonam ainda mais. Fatos os quais limitam e desconsideram seu pedido de ajuda que acompanha os comportamentos inadequados.

No entanto, ao aprofundar o tema em questão, compreende-se que o paciente está desesperadamente buscando reviver o que lhe privaram durante toda sua vida, ou seja, ser amparado, amado, cuidado e apoiado para se constituir como um ser humano em desenvolvimento. Um ambiente suficientemente bom, pode criar a oportunidade de reviver de maneira sadia sua realidade subjetiva de encontro com a realidade compartilhada (externa) a qual está inserido, de modo a se fortaleça emocionalmente para lidar com as frustrações e dificuldades que possa deparar na vida.

REFERÊNCIAS

Winnicott, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983

Winnicott, D,W. **Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil.** Rio de Janeiro, Imago, 1984b.

Winnicott, D.W. **A família e o Desenvolvimento Individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo, Martins Fontes,1965, p.24.

Winnicott, D.W. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre, Artmed, 1994.

Dias, E.O. A teoria Winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. In: **Revista Natureza Humana**, V. 10, N.1, 2008, pp.29-46, São Paulo.

Rodrigues, A.C.L. Um olhar: interioridade do adolescente. 2010. In: **www.leilatardivo.com.br**

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E SUSTENTAÇÃO: POTENCIALIDADES DE UM ENQUADRE INTERSUBJETIVO

Marcelo Soares da Cruz
Silvia Lopes de Menezes
Luiz Tadeu Gabriel Filho
Caio Mantese de Souza
Daniela Adachi Guimarães
Andrea Chang
Giovana Jafelice
Milena Greve
Miriam Grajew
Amanda Maramaldo Vieira
Ana Júlia Fernandes
Ana Luiza Roncati
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR
Universidade de São Paulo

Resumo

No projeto *Encontros Terapêuticos em Saúde Mental* são atendidos pacientes encaminhados por Centros de atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Este projeto que vem sendo pesquisado e desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) e está inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR/IP-USP.O trabalho em questão visa apresentar alguns aspectos desse modelo de formação clínica e intervenção inspirado no modelo de

consultas terapêuticas criado pelo psicanalista Donald Woods Winnicott, que consiste em atendimentos a um paciente por grupos formados por trêsa cinco terapeutas, oferecendo, ao mesmo tempo, cuidado emocional aos pacientes e suporte aos iniciantes interessados pelo aprofundamento no ofício clínico em psicopatologia. Assim, o projeto visa cumprir uma dupla função: prestar atendimento a pacientes na perspectiva da psicologia clínica social e fomentar a formação de alunos e ex-alunos de graduação em psicologia que tenham interesse pelo aprofundamento nos conhecimentos sobre esta área. Entende-se que em sua atuação neste modelo, o terapeuta iniciante não precisa lançar mão de dissociações, destino indesejado nesta carreira tão complexa, na qual o principal instrumento de trabalho é a própria subjetividade do terapeuta.

Palavras-chave: saúde mental, consultas terapêuticas, enquadres diferenciados.

O contato com o sofrimento humano não é tarefa simples, principalmente com pessoas acometidas por condições psicopatológicas crônicas ou agudas. Para o estudante de graduação em psicologia, normalmente jovem e inexperiente clinicamente, que se vê incumbido de oferecer um cuidado emocional em seus primeiros contatos clínicos, esta dificuldade torna-se amplificada. O trabalho em questão visa apresentar um modelo de formação clínica e intervenção que oferece ao mesmo tempo cuidado emocional aos pacientes e suporte aos iniciantes interessados pelo aprofundamento no ofício clínico em psicopatologia. Este projeto, denominado *Encontros Terapêuticos em Saúde Mental*, vem sendo desenvolvido e pesquisado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

A trajetória que originou este projeto teve início com o modelo de estágio da disciplina *Introdução à Psicopatologia*, coordenado pela Profª. Drª Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, parte da grade curricular do curso de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, obrigatória para a conclusão do curso.

Esta disciplina é oferecida no primeiro semestre de cada ano, idealmente para alunos do terceiro semestre de curso e contempla, dentre outras coisas, uma parte prática que consiste de uma intervenção clínica supervisionada em instituições de saúde mental. Assim, os estudantes são chamados a atuar em hospitais psiquiátricos conveniados, seguindo o modelo de consultas terapêuticas de D. W. Winnicott (1994), em que se considera que há potência terapêutica em cada encontro clínico (TARDIVO e GIL, 2008). Para isso, divide-se a turma em grupos com número variável de integrantes, a depender do número total de estudantes e da disponibilidade de horários dos membros do grupo e das instituições que receberão cada um deles. Cabe ainda notar que cada grupo recebe um pesquisador do APOIAR, que coordena o grupo e é encarregado de acompanhar presencialmente as intervenções dos estudantes.

Esse trabalho faz parte de projeto que vem se desenvolvendo há alguns anos de acordo com a perspectiva da Psicologia Clínica Social (TARDIVO e GIL, 2008) e que tenta integrar o atendimento ao paciente psiquiátrico nos hospitais com a prática nas disciplinas de Psicopatologia oferecidas aos alunos de graduação. Diversas dessas propostas tiveram resultados muito favoráveis, conforme mostram trabalhos reunidos no livro APOIAR: novas propostas em Psicologia Clínica (TARDIVO e GIL, 2008).

É esse então o início do percurso acadêmico que culminou com a criação do projeto *Encontros Terapêuticos em Saúde Mental*. A partir do interesse de um grupo de alunos que contou com o acompanhamento constante de um estudante de pós-graduação, Marcelo Soares da Cruz, houve a opção por uma continuidade desse trabalho como estágio da disciplina optativa *Psicopatologia: aspectos teóricos e prática clínica*, oferecida no semestre seguinte. Cabe notar que, além das atividades regulares previstas na disciplina *Introdução à Psicopatologia*, este grupo já havia realizado outros encontros para discussão científica das intervenções realizadas e das possibilidades diagnósticas frente ao modelo estudado na disciplina em questão. Sendo assim, após um ano imersos nesta experiência e interessados por aprofundar ainda mais a formação no trabalho clínico em saúde mental, este grupo, formado por Caio Mantese de Souza, Daniela Adachi Guimarães, Luiz Tadeu Gabriel Filho e

Silvia Lopes de Menezes, criou o projeto *Encontros Terapêuticos em Saúde Mental*, envolvidos como pesquisadores do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR e não mais vinculados apenas às exigências curriculares da graduação. Nessa nova proposta de formação e intervenção (CRUZ ET AL, 2009), diferentemente dos estágios das disciplinas de psicopatologia, os pacientes não são atendidos em instituições e hospitais psiquiátricos, mas recebidos no Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP (no APOIAR) , provenientes da demanda encaminhada de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Ao longo dos últimos quatro anos, esse grupo vem então estudando o enquadre clínico adotado no projeto, que tem se mostrado muito adequado para oferecer cuidado emocional a pacientes em intenso sofrimento e, ao mesmo tempo, sustentar a prática clínica inicial de terapeutas em formação. Sendo assim, há dois anos, o grupo propôs uma ampliação do referido projeto, com a constituição de novos grupos em que outros estudantes de graduação e jovens terapeutas interessados em investir em sua formação na área pudessem também passar por esta experiência. Nesse sentido, em duas etapas de ampliação, nove integrantes já foram incorporados à equipe do projeto, que hoje conta com doze pessoas.

***Encontros Terapêuticos em Saúde Mental*: uma proposta diferenciada de formação em psicologia clínica**

Inspirado no modelo de consultas terapêuticas criado pelo psicanalista Donald Woods Winnicott (1994), o projeto Encontros Terapêuticos em Saúde Mental visa cumprir uma dupla função: prestar atendimento a pacientes na perspectiva da psicologia clínica social e fomentar a formação de psicólogos e estudantes de graduação em psicologia que tenham interesse pelo aprofundamento nos conhecimentos sobre esta área. Esta é uma iniciativa que exigiu o desenvolvimento de um novo enquadre clínico que busca ser sustentador de várias subjetividades: a do paciente (atendido por um grupo), bem como dos estudantes e profissionais em formação. Entendemos que os estudantes de graduação em psicologia deparam-se com as dificuldades e limitações inerentes ao ofício clínico. Nesse sentido, o

grupo apresenta-se como dispositivo sustentador, cuidando e amenizando as ameaças emocionais envolvidas nessa formação. Para o paciente, o grupo oferece múltiplas subjetividades implicadas no seu cuidado emocional.

As consultas terapêuticas têm o objetivo fundamental de facilitar a comunicação emocional do paciente através de um encontro intersubjetivo. Esta proposta clínica de Winnicott tem como paradigma o jogo do rabisco (WINNICOTT, 1964), que consiste originalmente na construção do acontecer clínico por meio de rabiscos, ora do paciente, ora do terapeuta. Assim, a subjetividade do terapeuta, através da criação do rabisco é meio necessário para a comunicação e criação do paciente. Além disso, a escolha desse jogo por Winnicott corresponde a uma atividade pessoalmente significativa através da qual a pessoalidade do terapeuta se faz útil clinicamente e este modelo inspirou o enquadre transicional aqui apresentado. A partir de um encontro entre três a cinco terapeutas e um paciente, a proposta é que rabiscos possam ser esboçados, mas não necessariamente traços em um papel. É um enquadre diferenciado no qual os rabiscos metafóricos são criados/encontrados conforme as necessidades emocionais do paciente forem se apresentando. São essas necessidades que balizam o enquadre. Assim, a partir dos casos atendidos, surgiram canções-rabisco, encenações-rabisco, literatura-rabisco, conversas-rabisco, entre outras formas de expressão emocional (VITALI; AIELLO-VAISBERG, 2003). Dessa forma, frente à paralisia, o esvaziamento, a aridez simbólica ou outros impactos contratransferenciais decorrentes de condições psicopatológicas atendidas pelo grupo, é possível contar com várias subjetividades na oferta de *holding*, recursos simbólicos e transicionais (WINNICOTT, 1975): rabiscos a várias mãos.

Para os terapeutas em formação, além do *holding* ofertado pela presença e troca com colegas, este enquadre favorece o exercício de um posicionamento clínico coerente com a personalidade do aluno. Por estarem na graduação ou serem psicólogos recém-formados, ainda não se filiaram, necessariamente, a uma abordagem teórico-clínica e, portanto, não há tantos vícios ou modelos adotados externamente ou independentemente das crenças pessoais. Estes riscos defensivos são comuns em situações de angústia relacionadas à

formação e ao contato com sofrimento emocional intenso. Desta forma, um modelo de intervenção no qual o que é próprio do terapeuta seja pertinente e valorizado favorece o ingresso emocionalmente saudável na atuação profissional. A presença no contexto clínico e a escolha pessoalmente coerente e verdadeira de uma tradição em psicologia protege os alunos da formação de um falso *self* profissional (Aiello-Vaisberg, 2004).

Relacionamos a prática clínica e a teoria de forma inventiva, entre os pares e com o paciente, marcada pela subjetividade do pesquisador que se dá através de uma construção coletiva e contextualizada com as transformações da vida e do mundo. Neste sentido, o enquadre aqui abordado visa corroborar uma formação não estereotipada ou submissa, na qual o terapeuta em formação possa contar e confiar no que é próprio sem perder o rigor. A presença de uma relação com as teorias e experiências que incluem a subjetividade do clínico ou pesquisador não incorrem na perda de rigor e pode-se considerar a teoria como algo vivo e com potencial de ser recriado. Essa perspectiva não corresponde a mero subjetivismo, mas envolve uma visão de homem como ser criativo e criador.

Sustentado em sua atuação neste modelo, o terapeuta iniciante não precisa lançar mão de dissociações, destino indesejado nesta carreira tão complexa, na qual o principal instrumento de trabalho é a própria subjetividade do terapeuta. O enquadre clínico adotado no projeto *Encontros Terapêuticos em Saúde Mental* tem se mostrado então adequado em seus objetivos: oferecer cuidado emocional a pacientes acometidos por condições de intenso sofrimento e sustentar a prática clínica inicial de estudantes e jovens terapeutas.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O uso do objeto teoria. In: *Ser e fazer – enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo: idéias e Letras, 2004.

CRUZ, M.S.; ADACHI, D.G.; MENEZES, S.L.; SOUZA, C.M.; FILHO, L. T.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Atendimento psicológico de pacientes psiquiátricos segundo o modelo de consultas

terapêuticas. In: VI Jornada APOIAR, 2008, São Paulo. *Anais da VI Jornada APOIAR*. São Paulo : Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, 2008.

TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A. *Apoiar : Novas Propostas em Psicologia Clínica.* São Paulo: Sarvier, 2008.

VITALI, L. M. Flor-Rabisco: Narrativa Psicanalítica de uma Experiência Surpreendente. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), São Paulo, Universidade de São Paulo, 2004.

WINNICOTT, D.W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1964) O Jogo do Rabisco. In*: Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 230-243, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965) O valor da Consulta Terapêutica. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.244-248, 1994.

.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE PACIENTES INTERNADOS EM INSTITUIÇÃO PSIQUIATRICA POR MEIO DO QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO

Luiz Urbano Moreira Frazão
Claudia Aranha Gil
Leila Salmão de La Plata Cury Tardivo

Resumo

Este estudo objetiva apresentar o uso do Questionario Desiderativo no contexto da avaliação de pacientes internados em instituição psiquiatrica como auxíliar no diagnóstico compreensivo, principalmente com relação aos mecanismos de defesas empregados e dos indicadores psicopatológicos de personalidade. Participaram do estudo 10 homens, com idade entre 21 e 45 anos, internados em uma instituição psiquiatrica da cidade de São Paulo, em sua maioria com diagnósticos associados a um quadro de esquizofrenia. As respostas fornecidas foram analisadas considerando a utilização de mecanismos de defesa relativos a falhas da primeira e segunda dissociação instrumental e fracassos na identificação projetiva e racionalização, bem como a presença dos principais indicadores psicopatológicos. A maioria dos participantes demontrou capacidade de instrumentalizar as defesas relacionadas à primeira dissociação instrumental e metade demonstrou a mesma capacidade com relação à segunda dissociação instrumental. A maioria dos participantes apresentou dificuldades em instrumentalizar defesas relativas à identificação projetiva e racionalização. A quase totalidade dos participantes apresentou em suas respostas traços esquizofrenicos e mais da metade apresentou traços esquizoides. Ao final do trabalho concluimos que a analise das respostas está relacionada aos diagnósticos atribuidos aos pacientes e ressaltamos o potencial do emprego da técnica como auxíliar no diagnóstico compreensivo dos participantes do estudo.

Palavras Chaves: Questionario Desiderativo. Psiquiatria. Diagnóstico compreensivo.

Introdução

O Questionário Desiderativo é uma técnica projetiva de avaliação psicológica, que foi apresentado em sua forma original em 1946 pelos psiquiatras argentinos J.M. Pigen e J. Cordoba. Em 1956, J. Bernstein reelaborou e ampliou o instrumento, que é a versão desenvolvida no presente trabalho. Esta técnica tem a sua utilização baseada no referencial psicanalítico. Em 2000, Nijankim e Braude propuseram a atualização da técnica e, segundo as autoras, à medida que o sujeito articula a racionalização referente à fundamentação de suas respostas ele transmite o significado pessoal que o símbolo escolhido tem para si. Desta forma, o sujeito irá demonstrar o modo como simboliza e significa a realidade.

Esta técnica tem sido de grande utilidade para determinar características de personalidade do paciente, pois pode fornecer acesso a informações sobre suas defesas, seus pontos de fixação, conflitos básicos, racionalização, identificação projetiva, aspectos afetivos, bem como funcionamento e maturidade do Ego e Superego. Nas respostas ao teste o indivíduo demonstra a capacidade egóica de instrumentalizar defesas como: a repressão básica, dissociação, identificação projetiva e racionalização.

O Questionário Desiderativo, pela simplicidade e curto tempo de aplicação, pelo conjunto de informações que pode fornecer sobre personalidade do paciente, é considerado um instrumento útil de avaliação psicodiagnóstica. Estas características colocam o Questionário Desiderativo com grande potencial de utilização em consultas terapêuticas, em psicoterapia breve e outras formas de atendimento clínico, (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000).

O Questionário Desiderativo é constituído de três perguntas sobre o que o sujeito gostaria de ser se não fosse uma pessoa, e de três perguntas sobre o que o sujeito não gostaria de ser se não fosse uma pessoa. São esperadas respostas nos reinos animal, vegetal e de objetos inanimados, nesta seqüência. As perguntas demandam o desejo do sujeito e colocam o paciente diante da possibilidade simbólica de morrer, (OCAMPO, 1981). A análise dos resultados do Questionário Desiderativo se baseia na idéia de que as respostas

do sujeito, os símbolos escolhidos nos três reinos, estão relacionadas com a história do sujeito e tem significado pessoal e cultural. O trabalho de análise implica em decodificar o significado pessoal do símbolo para aquele sujeito, levando em consideração o conteúdo da racionalização, que pode ter significados diferentes para diferentes sujeitos, (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000).

Segundo as autoras o instrumento, devido à simplicidade das perguntas, tem ampla aplicação, desde crianças até pessoas da terceira idade, incluindo pessoas de diferentes culturas, camadas sociais e com incapacidades físicas, sendo que no caso de incapacidade auditiva pode ser aplicado por escrito.

Grassano (2006), em sua obra, desenvolve ainda uma teoria sobre os indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas, fornecendo indicadores que podem ser percebidos na interpretação do teste por meio de aspectos como fantasias reparadoras e defesas dominantes e destrutivas, pontos de fixação dominantes e outros.

O Questionário Desiderativo, como outras técnicas projetivas permitem a realização de um diagnóstico abrangente, que busca um sentido para o conjunto das informações disponíveis, considerando aquilo que é relevante e significativo na personalidade, além de entrar empaticamente em contato emocional com alguém, e conhecer os motivos profundos da vida emocional dessa pessoa. (TRINCA, 1984).

Nos últimos anos temos realizado estudos e pesquisas utilizando o Questionario Desiderativo em diferentes contextos. Tardivo (1999) realizou uma pesquisa de avaliação do grau de estrutura do Ego de profissionais de saúde por meio do Questionário Desiderativo e ressalta também a importância da técnica na realização do psicodiagnóstico. Desde então, temos realizado diversos estudos com o emprego deste instrumento. Dentre eles, podemos citar o nosso estudo (GIL; TARDIVO; FRÁGUAS JR., 2001), em que o Questionário Desiderativo foi utilizado no diagnóstico compreensivo de idosos com depressão. Observamos que este instrumento revelou-se de grande utilidade no diagnóstico

compreensivo, possibilitando por meio de sua análise um conhecimento profundo da personalidade destes indivíduos.

Posteriormente, na dissertação de mestrado realizado sobre o mesmo tema, o Questionario Desiderativo foi empregado não só como auxíliar no psicodiagnóstico, mas fundamentalmente como facilitador e mediador no contato terapêutico com pacientes idosos deprimidos. A partir da teoria psicanalítica inspirada no pensamento winnicottiano foi criada uma nova perspectiva de intervenção que demonstrou ser potencialmente mutativa com esses pacientes (GIL, 2005).

No contexto da utilização do Questionario Desiderativo com pacientes psiquiátricos, em 1985, Loureiro e Romaro apresentaram um estudo preliminar sobre o uso de técnicas projetivas que, entre outros, incluía a aplicação da técnica com esses pacientes e concluíram que o uso combinado de técnicas projetivas associado ao Questionário Desiderativo é de grande utilidade como instrumento diagnóstico.

Prieto (1997) utilizou o Questionário Desiderativo no estudo de manifestações afetivas em um paciente com transtorno esquizoafetivo. Brêga (2001) procurou identificar o funcionamento defensivo de pacientes psiquiátricos com características paranóides por meio dos indicadores presentes no Questionário Desiderativo, sendo que esses trabalhos demonstraram a utilidade da técnica nas avaliações diagnósticas.

Em 2004, dando prosseguimento às pesquisas com a utilização do Questionario Desiderativo, Pellini, Steiner e Tardivo também utilizaram a técnica em um estudo de um caso de Transtorno de Personalidade Bordeline, concluindo que a avaliação da técnica projetiva juntamente com a aplicação do Roorschach contribuiram de modo significativo para a realização do diagnóstico do paciente.

Objetivo

O presente estudo visa apresentar o uso do Questionario Desiderativo no contexto da avaliação de pacientes internados em instituições psiquiátricas, com o objetivo de auxíliar no

diagnóstico compreensivo dos mesmos, ou seja, favorecendo a compreensão da personalidade no sentido das defesas empregadas e dos principais indicadores psicopatológicos.

Método

Neste trabalho, os sujeitos foram selecionados entre os atendidos em uma instituição de serviços de saúde mental, submetidos a tratamento psiquiátrico, na maioria deles com impressão diagnóstica associada à esquizofrenia. O Questionário Desiderativo foi aplicado em 10 homens com idades entre 21 e 45 anos de uma Instituição psiquiatrica na cidade de São Paulo. A escolaridade variava entre o ensino fundamental incompleto a superior incompleto e o tempo de internação, de 5 dias a mais de 4 meses em alguns dos participantes. Os participantes foram indicados pela psicóloga residente do hospital entre os mais organizados e estáveis, geralmente sob medicação. Os principais dados relativos a cada participante encontram-se descritos na tabela abaixo:

PARTICIPANTES	Sexo	Idade	Diagnóstico
F. D. M.	M	21	Retardo Mental leve - moderado
V. R. S.	M	27	Esquizofrenia
D. S. L.	M	25	Esquizofrenia Paranoide Transtorno mental por dep. quimica
R. N.	M	31	Esquizofrenia Hebefrênica
O. B. S.	M	45	Esquizofrenia
R. T. A.	M	23	Esquizofrenia
T. B. S.	M	42	Transtornos Mentais por Dependência Química
R. F. R.	M	29	Transtorno

			Afetivo Bipolar Maníaco Transtorno Mental por dep. quimica
R. T. R.	M	22	Psicose
S. R. S.	M	33	Psicose

Os participantes foram submetidos ao Questionário Desiderativo após uma entrevista inicial. Cada participante, após explicações do aplicador, assinou o Termo de Consentimento Pós Esclarecido. A coleta de dados foi realizada individualmente em sala do hospital apropriada para atendimento. Na entrevista clínica individual, o paciente contava sua história e eram colhidos os seus dados pessoais. Após a entrevista, que também tinha a finalidade de estabelecimento do rapport, era feita a aplicação do Questionário Desiderativo propriamente dito.

Na aplicação da técnica foram colhidas as respostas à seqüência das três escolhas positivas (tipo de animal; de vegetal e de objeto inanimado) e à seqüência das três escolhas negativas (tipo de animal; de vegetal e de objeto inanimado). O formato das consignas utilizadas foi o apresentado por Nijamkim e Braude (2000). As sessões duravam em média, aproximadamente, 50 minutos. Além da sessão individual com cada paciente, foi consultado o prontuário clínico de cada paciente e colhidas informações sobre a queixa na admissão do hospital, a impressão diagnóstica psiquiátrica e o tempo de internação correspondente.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesse trabalho as respostas do Questionário Desiderativo de cada participante foram analisadas com relação à utilização dos mecanismos de defesa relativos às falhas da Primeira Dissociação Instrumental, Segunda Dissociação Instrumental e fracassos na Identificação Projetiva e Racionalização com base no referencial proposto por Nijamkin e Braude (2000). Baseado na teoria proposta por Grassano (2006) foram também levantados por meio da

técnica projetiva os principais indicadores psicopatológicos presentes.

TABELA 1 – FALHA NA PRIMEIRA DISSOCIAÇÃO INSTRUMENTAL

PARTICIPANTES	Presente	Ausente
1-F. D. M.		X
2-V. R. S.		X
3-D. S. L.		X
4-R. N.		X
5-O. B. S.	X	
6-R. T. A.		X
7-T. B. S.		X
8-R. F. R.	X	
9-R. T. R.	X	
10-S. R. S.	X	
Total	**4**	**6**

Segundo Nijamkin e Braude (2000) a primeira dissociação instrumental diz respeito à capacidade do indivíduo descriminar fantasia e realidade na situação do teste.

Conforme a Tabela 1, a maioria dos pacientes (6) não apresentou falha na primeira dissociação instrumental. É importante lembrar que os pacientes estavam medicados na ocasião da aplicação do instrumento, o que pode justificar a preservação dos aspectos de discriminação fantasia/realidade na maioria dos pacientes. As falhas nesse tipo de dissociação foram apresentadas por 4 participantes, indicando que esses receberam a consigna como um ataque concreto à sua integridade. Podemos exemplificar com a resposta a escolha positiva do participante 5 que quer ser *Deus ou Doutor* ou ainda as *asas de Deus para proteger os amigos da favela.* Ainda a título de ilustração, o participante 8 também forneceu resposta considerada antropomórfica (*anjo ou arcanjo*), sendo que os demais participantes deixaram de responder a alguns dos reinos.

TABELA 2 – FALHA NA SEGUNDA DISSOCIAÇÃO INSTRUMENTAL

PARTICIPANTES	Presente	Ausente
1-F. D. M.	X	
2-V. R. S.	X	
3-D. S. L.		X
4-R. N.		X
5-O. B. S.	X	
6-R. T. A.		X
7-T. B. S.		X
8-R. F. R.	X	
9-R. T. R.	X	
10-S. R. S.		X
Total	**5**	**5**

A segunda dissociação instrumental refere-se à capacidade do indivíduo discriminar os aspectos valorizados dos rejeitados e também no reconhecimento das situações que geram ansiedade e consequente mobilização dos recursos defensivos (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000).

A metade dos participantes apresentou falha na segunda dissociação instrumental. Esses aspectos puderam ser observados, por exemplo, na resposta do participante 1 que escolheu na positiva e rejeitou na negativa o mesmo simbolo: quer ser *cachorro vira-lata porque obedece* e não quer ser cachorro porque *é perigoso morder.* O participante 9 elegeu na negativa um simbolo mais visto como positivo (*cachorro*), o que é também característico da falha da segunda dissociação instrumental.

TABELA 3 – FRACASSO NA IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA

CASOS	Presente	Ausente
1-F. D. M.	X	
2-V. R. S.		X
3-D. S. L.	X	

4-R. N.	X	
5-O. B. S.	X	
6-R. T. A.		X
7-T. B. S.	X	
8-R. F. R.		X
9-R. T. R.	X	
10-S. R. S.	X	
Total	**7**	**3**

A instrumentalização da Identificação Projetiva utilizada como defesa diz respeito à capacidade de mediar à ação através do pensamento (simbolo), em um traço que é considerado adaptativo (NIJAMKIN; BRAUDE, 2000).

De acordo com a Tabela 3, a maioria dos participantes (7) apresentou fracasso na instrumentalização da identificação projetiva, como exemplo podemos observar a resposta do participante 1 que persevera no mesmo reino demonstrando dificuldade em sair do reino para dar outra resposta (responde *cachorro* e depois *elefante* a consigna negativa).

Encontramos também nas respostas dos participantes 3, 4,7 e 10 a eleição de simbolos desagregados ou sem estrutura (*tinta, chuva, fogo e rio*). A resposta do participante 5, por sua vez, (*não quer ser injeção porque doi, já tomou muita injeção*) indica a perda de distância entre o simbolo e os aspectos representados (falha na repressão).

TABELA 4 – FRACASSO NA RACIONALIZAÇÃO

CASOS	Presente	Ausente
1-F. D. M.	X	
2-V. R. S.		X
3-D. S. L.	X	
4-R. N.	X	
5-O. B. S.	X	
6-R. T. A.		X
7-T. B. S.	X	
8-R. F. R.	X	
9-R. T. R.	X	

10-S. R. S.		X
Total	**7**	**3**

Ainda segundo Nijamkin e Braude (2000), a instrumentalização da defesa relativa à racionalização refere-se à capacidade na situação do teste em dar respostas coerentes e justificar suas escolhas, separando os aspectos afetivos que atuaram na escolha do simbolo daqueles da lógica formal.

A maioria dos participantes (7) apresentou fracasso na capacidade de utilizar a racionalização no contexto da técnica projetiva. Como exemplo, podemos citar as respostas que refletem racionalizações absurdas, ou ainda que não seguem as leis da lógica formal, como o participante de número 1 que não gostaria de ser *palmeira com coco porque é muito enjoada* ou como o participante 4 que gostaria de ser *carbono porque sentiu na hora que se sente como carbono.* Os participantes 3, 5, 8,9 e 10 deram também respostas com ausências de racionalizações com justificativas como *não sei* ou *porque eu gosto.*

TABELA 5 – INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS DE PERSONALIDADE

CASOS	Depressiva	Esquizofrenica	Esquizoide	Histerica	Fobica	Obsessiva
1-F. D. M.		X		X		
2-V. R. S.						
3-D. S. L.		X	X			
4-R. N.		X	X			
5-O. B. S.		X	X			
6-R. T. A.	X	X				
7-T. B. S.	X	X	X	X		X
8-R. F. R.		X	X			
9-R. T. R.		X		X		
10-S. R. S.		X	X		X	X
Total	**Dois**	**9**	**6**	**3**	**1**	**2**

É importante destacar que segundo Grassano (2006) é possivel, através da técnica projetiva, apontar indicadores psicopatológicos que não indicam por si mesmo patologias, mas modos de percepção, vínculo e respostas às situações de realidade. De acordo com a tabela 5, podemos destacar que quase a totalidade dos participantes (9) deu respostas com indicadores psicopatologicos de personalidade esquizofrenica, indicando muitas vezes a própria impossibilidade de capacitação simbólica, não havendo conexão lógico formal com a instrução, (conforme já descrevemos nos exemplos relativos ao fracasso do uso do mecanismo de defesa de racionalização).

Há ainda respostas com simbolos místicos, como o participante 5 (*quer ser Doutor ou Deus para defender a familia e os doutores e as asas de Deus para proteger os amigos da favela*). O participante 8 também dá respostas nesse sentido (*quer ser anjo ou arcanjo porque quer se sentir vitorioso ou gato de olhos azuis porque Deus fez tudo perfeito*).

Alguns dos participantes também referem respostas com simbolos carregados de hostilidade. Nesse sentido o participante 3 gostaria de *ser planta carnivora porque arma armadilha para pegar a presa e bicho carnivoro-crocodilo porque come carne e é feroz* e o 4 não gostaria de ser *jacare porque tem pesadelos com jacares que atacam, mordem e dilaceram*. O participante 6 *não gostaria de ser serpente porque fere os outros, mata e engole.*

Há ainda respostas que refletem emoções circuntanciais ou idéias abstratas (o participante 5 não gostaria de *ser pé de goiaba porque faz lembrar a mãe, queria comprar goiaba para a mãe e o dinheiro não deu* e o participante 8 não gostaria de *ser preguiça porque não é preguiçoso*.). Algumas respostas também indicam descrições humanizadas de seres inanimados (o participante 3 não gostaria de ser *boneco de cordas porque não gosta de ser manipulado, é um habito feio.)*

É significativo também o número de participantes que fornecem respostas que refletem indicadores de personalidade esquizoide. Nesse sentido, o participante 3 respondeu que *não gostaria de ser planta carnivora*, indicando a presença de impulsos orais de incorporação sádica do objeto. Alguns participantes fizeram também escolhas de objetos desagregados, como o participante 7 que gostaria de ser tinta colorida.

Há ainda participantes que deram respostas na consigna negativa de objetos que são usados e evacuados, como *lata de lixo porque só tem coisa ruim, ninguém da valor* (participante 7). Foram dadas também respostas com escolhas de objetos cientificos ou mecanicos, como: *gostaria de ser celular porque tem internet* (participante 8). O participante 10 forneceu uma resposta com características de personalidade esquizoide quando na consigna positiva disse que *gostaria de ser girassol porque observa a natureza*, enfatizando a capacidade de olhar atribuida a objetos que não tem essa função.

Considerações Finais

Com base na análise dos resultados podemos considerar que a maioria dos participantes demontrou capacidade de instrumentalizar as defesas relacionadas à primeira dissociação instrumental e repressão básica, denotando assim que a capacidade de discriminar fantasia e realidade estava preservada nesses pacientes no momento da aplicação da técnica. Metade dos participantes demonstrou também por meio das respostas fornecidas capacidade de instrumentalizar defesas relativas à segunda dissociação instrumental, o que revela a condição (ou falta) dos pacientes em reconhecere situações que geram ansiedade e poder consequentemente mobilizar recursos defensivos.

Podemos observar que a maioria dos pacientes apresenta dificuldades em instrumentalizar defesas egoicas relativas à identificação projetiva e a racionalização, o que pode indicar o comprometimento da capacidade adaptativa principalmente com relação à condição de mediar à ação através do pensamento (capacidade simbólica) e também fragilidade do critério de realidade.

Quanto aos indicadores psicopatológicos de personalidade, quase a totalidade dos participantes apresentou em suas respostas traços considerados de personalidade esquizofrenica e mais da metade apresentou traços de personalidade esquizoide.

Ao final do estudo consideramos que a análise das respostas dos participantes frente às consignas do teste relaciona-se aos diagnósticos de esquizofrenia atribuidos aos pacientes. Desse modo podemos ressaltar o potencial do emprego do Questionario

Desiderativo como auxíliar no diagnóstico compreensivo dos pacientes internados em instituição psiquiatrica que participaram do estudo, principalmente no que diz respeito às defesas empregadas e presença de indicadores psicopatológicos.

Referências:

BRÊGA, F. M. P., FRAZZATO, L., LOUREIRO, S. R. Pacientes com Características Paranóides - Funcionamento Defensivo. *Psico Usf 6*(2): 85-94, 2001.

GRASSANO, E. *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa Do Psicólogo, 2006.

GIL, C.A.TARDIVO, L.S.L.P.C. FRAGUAS JR. Contribuições para o diagnóstico compreensivo de pacientes idosos com depressão por meio do Questionario Desiderativo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v.1, n.1, 2001.

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

LOUREIRO, S. ROMARO, R. A utilização das tecnicas projetivas, bateria de grafismo de Hammer e Desiderativo como instrumento de diagnóstico. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.37, n.3, p. 142-143, jul.set. 1985.

NIJAMKIN, G.C. BRAUDE, M. *O Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor, 2000.

OCAMPO, M. L. S., GARCIA ARZENO, M. E. G. O *Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.* São Paulo: Martins Fontes, 2001

.

PELLINI, M. C. B. M., STEINER, A. L., TARDIVO, L.S.L.P. C. Distúrbios de Personalidade Bordeline: estudo de caso através do Questionário Desiderativo e da prova de Rorschach. Em: *Técnicas Projetivas – Produtividade em Pesquisa*. VAZ, C. E., GRAEFF, R. L. (ORG.) Porto Alegre: Casa do Psicólogo,2004.

PRIETO, D. Y. C. Manifestações afetivas nas técnicas de Rorschach e Desiderativo em um paciente com transtorno esquizoafetivo. p. 38. Ribeirão Preto: *SBRO,* 1997.

TARDIVO, L.S.P.C. O estudo do grau deestruturação do Ego de profissionais de saúde através do Questionario Desiderativo. *PSIC –Revista da Editora Vetor*, São Paulo,v. I,n 1,p.28-34,1999.

TRINCA, W. *Diagnóstico psicológico*: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

.

RECURSOS EXPRESSIVOS NA PSICOTERAPIA BREVE DE ADULTOS COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

Isabel G. Lopes Schvartzaid
Lídia Rodrigues Schwarz
Leila Salomão. de La Plata Cury Tardivo

APOIAR
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Resumo

A utilização de recursos expressivos possibilita ao paciente a manifestação de conflitos e angústias que, muitas vezes, não são revelados na linguagem falada. O objetivo deste estudo é apresentar a importância do desenho como recurso expressivo na Psicoterapia Breve , de uma paciente de 57 anos com sintomas depressivos. A paciente é divorciada, trabalha, tem dois filhos e buscou terapia devido a sentimentos de tristeza causados principalmente por dificuldades nas relações familiares. Realizaram-se seis entrevistas para definição da Situação-Problema. O enquadre abrangeu duas etapas com doze sessões de atendimento psicoterapêutico individual, de cinqüenta minutos, com freqüência de uma vez por semana. No processo psicoterápico utilizou-se o Desenho da Família e constatou-se que este recurso expressivo favoreceu insights, o que fez com que a paciente tivesse mais consciência de sua importância na família. A mobilização propiciou à paciente uma maior atenção em relação às

suas necessidades emocionais, uma maior consciência da sua vida e do seu crescimento pessoal.

Palavras- chave: desenho, psicoterapia breve, depressão

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: A INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA

Beatriz Borges Brambilla

Isabel G. Lopes Schvartzaid,

Karina Simões Parente

Rosemeire Aparecida da Silva

Maria Aparecida M. Colacique

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR

Universidade de São Paulo

Resumo

A violência, bem como a agressão, ou negligência é um fenômeno complexo em que nenhuma etnia, classe social ou religião estão imunes, não se trata de uma característica exclusiva da pobreza, como popularmente é considerada, muitas vezes envolve vivências

cíclicas geracionais de reprodução de uma determinada dinâmica familiar. No entanto, a violência deixa marcas físicas, psíquicas e culturais muito duras, que podem inclusive interromper um processo de amadurecimento humano. O presente trabalho refere-se a um relato de quatro casos clínicos atendidos no APOIAR. Trata-se de uma mulher adulta e três crianças de uma mesma família que foram encaminhadas pela rede de atenção a famílias em situação de vulnerabilidade social. Os atendimentos estão em andamento, e evidenciaram-se as relações entre a desintegração individual e familiar. A partir do processo de psicoterapia psicanalítica pode-se identificar que a tendência à integração passou a ser uma realidade psíquica entre os membros da família, os quais vem podendo conquistar a aproximação, o gesto espontâneo e a criatividade em suas vidas, desenvolvendo, assim , uma outra dinâmica familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Integração – Amadurecimento – Família- Violência

---

Introdução

O presente trabalho está vinculado ao Grupo de Violência e Vitimização, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. Trata-se de um recorte clínico do atendimento de membros de uma família, em que abordaremos o processo de integração individual rumo à integração familiar (WINNICOTT, 2005).

A família vem sofrendo modificações ao longo da história da humanidade. Aries (1981) demonstra o aspecto coletivo e comunitário da família, predominando papeis e funções distintas de seus membros, de como as encontramos na contemporaneidade. A família moderna está relacionada à vida privada, restrita à família nuclear e das possibilidades de suas novas configurações. A compreensão comunitária e social é transformada em individual e privada.

Não apenas a estrutura social da família foi alvo de mudanças, as configurações familiares também mudaram, atualmente é possível encontramos famílias nucleares, monoparentais chefiadas por homens ou mulheres, por avós, tios, familiares distantes e por adoção. Nesta perspectiva, cabe a reflexão em relação a dinâmica e funcionamento das famílias. Conforme apresentado anteriormente partiremos das concepções de Winnicott e seus comentadores para ilustrar a tendência da integração familiar, especialmente de um caso clínico.

Colacique e Tardivo (2008) apontam que as famílias têm características diferentes uma das outras, no entanto em todas há interesses conjuntos, desde um elo afetivo integrado, sadio até relações patológicas.

Nesse contexto a experiência de famílias que vivem situações de violência doméstica, seja, física, sexual, psicológica, negligência, privações, contribuem para uma vivência individual e familiar marcada por fragmentações, sofrimentos e conflitos.

Na obra: A Família e o Desenvolvimento Individual, Winnicott (2005) debruça-se sobre os fatores de integração e desintegração na vida familiar, retomando um aspecto histórico relativo a família, afirmando que a mesma é um dado essencial de nossa civilização, sendo expressão de nossa cultura. Partindo da noção de desenvolvimento emocional, o caminho percorrido por Winnicott relativo a família se dá no próprio crescimento da mesma, em que a criança pequena vivencia mudanças originárias da expansão e das tribulações familiares.

O movimento rumo à integração familiar perpassa as tendências positivas nos pais, que segundo Winnicott (2005) os pais precisam das crianças para que seu relacionamento se desenvolva, e afirma que chegam a amar seus filhos e experimentam muitos outros sentimentos. No entanto, as crianças requerem dos pais algo além do amor, algo que continue vivo mesmo quando os filhos são odiados, ou se fazem.

Em favor do estabelecimento e manutenção da unidade familiar, muitas vezes os pais precisam se sacrificar para que as crianças não apenas nasçam na família, mas possam crescer, adolescer e por fim, conquistar uma vida autônoma, vindo a construir outro núcleo familiar. Nem sempre é possível alcançar este ciclo. Muitas vezes os pais não são maduros o suficiente para identificarem as necessidades de seus filhos. Estes fatores são relativos ao processo individual de integração e do desenvolvimento maturacional. Winnicott (2005) afirma que cada ser humano parte de um estado inicial não-integrado, quando o *self* ainda depende de modo absoluto dos cuidados maternos para que possa viver progressos individuais.

Winnicott aforma *"o bebê humano é capaz de manifestar uma tendência inata à integração*" (Winnicott, 2005, p.68). A colocação do autor retrata as possibilidades para o desenvolvimento emocional, cognitivo e físico. Para isto, nos primeiros meses de vida do bebê, há uma necessidade de uma *mãe suficientemente boa,* que segundo Winnicott a mesma, possui três funções, *holding*(sustentação), *handling*(manejo) e a apresentação dos objetos.

Ao conceito de *holding* como à *sustentação* oferecida pela mãe ao bebê, associa-se ao apoio à criança, como a amamentação, firmeza, o carinho e entre outras ações de satisfação a dupla. O *handling* faz referência à manipulação do bebê pelas mãos cuidadosas da mãe, e contato físico da dupla, que construirá as noções corporais ainda frágeis do bebê. E por último, o autor descreve a apresentação dos objetos como a possibilidade da mãe em demonstrar-se como passível de ser substituída, e apresentar novas alternativas da criança agir no ambiente, por conta do seu próprio esforço e criatividade (LOBO, 2008). A vida familiar, sua dinâmica, funcionamento e integração dependem do processo de desenvolvimento humano de seus membros, embora saibamos que na atual conjuntura política, econômica e social do país, muitas famílias sofrem por não possuírem seus direitos básicos garantidos, demonstrando que o desenvolvimento da criança e da família também sofre com as condições materiais insuficientes. Sabemos que a tendência inata à integração

independe de classe social, no entanto, consideramos este como fator importante ao compreendermos os prejuízos subjacentes deste contexto.

As falhas ambientais podem despertar ódio, frustração e reações de acordo com a tensão existente na fantasia inconsciente do bebê, assim, a agressividade torna-se recurso para a criança que se autodefende dos ataques imaginários. Havendo desta maneira, inibição do impulso criativo, na medida em que este depende da capacidade de construção e reparação que foi *bloqueada*. Se em momento algum for possível encontrar alguma estabilidade ambiental, os atos anti-sociais se repetirão, aumentando sua violência, tornando o indivíduo cada vez mais deprimido, despersonalizado e incapaz de sentir a realidade (SAES, TARDIVO, 2009).

As autoras citadas analisaram as circunstâncias ambientais e o fenômeno da passagem da agressividade para violência, afirmando que o indivíduo passa a atuar compulsivamente contra a família, a comunidade e a sociedade, visto que o mesmo espera que alguma destas instâncias ofereça autoridade, estabilidade ambiental e os impeça de prosseguir na violência.

Na teoria de Winnicott, é descrito que a origem dos diferentes distúrbios psíquicos está relacionada, na linha do amadurecimento, à fase em que há o fracasso ambiental. Este fracasso refere-se a um padrão de falhas do ambiente o que ocasiona uma interrupção no processo de amadurecimento e é quando o distúrbio se instala.

De acordo com Winnicott (2008) o início da agressividade num indivíduo encontra-se num movimento infantil, antes mesmo do nascimento, como aqueles em que a mãe diz que sente o filho dar pontapés. Em toda a criança existe uma tendência para movimentar-se, obtendo a experiência de mover-se e encontrar algum obstáculo, o que leva a uma descoberta do mundo que não é o eu da criança e sim o começo de uma relação com objetos

externos. A agressão está sempre ligada ao estabelecimento de uma distinção clara entre o que é e o que não é o eu.

Segundo o autor de acordo com o desenvolvimento da criança, gradualmente ela enfrenta o choque de reconhecer a existência de um mundo situado fora do seu controle mágico, exceto quando a maternagem é defeituosa, nestes casos as mudanças ocorrem bruscamente e de maneira que a criança não pode prever (WINNICOTT, 2008).

> Se for concedido tempo suficiente para os processos de maturação, a criança capacita-se, então a ser destrutiva, odiar, agredir e gritar, em vez de aniquilar magicamente o mundo. Dessa maneira é possível encarar a agressão concreta como uma realização positiva. Comparados com a destruição mágica, as ideias e o comportamento agressivo adquirem um valor positivo, e o ódio converte-se num sinal de civilização, sempre que tivermos presente todo o processo de evolução emocional do indivíduo, especialmente em suas primeiras fases (WINNICOTT, 2008, p. 270).

As considerações até aqui apresentadas colocam-se como respaldo teórico para ilustração clínica que apresentaremos a seguir. Trata-se de uma família, em que vivem na mesma casa: avó, tia que se faz de mãe e três sobrinhos que sofrem com a violência e o descaso tanto individual, como familiar.

Objetivo

Descrever e interpretar a dinâmica de uma família atendida no APOIAR.

O grupo familiar apresentado neste trabalho tem seus membros atendidos individualmente por profissionais do mesmo grupo de supervisão. Essa situação facilitou a percepção do indivíduo inserido neste grupo familiar, em especial a repetição da dinâmica desenvolvida a cada geração.

Sendo assim, tem-se como objetivo um estudo compreensivo a respeito da função materna na dinâmica familiar e da condição de integração do self de cada membro desta família.

Do ponto de vista cientifico pretende-se trazer contribuições a pesquisas e estudos que já vem sendo realizados em abrigos como vertente no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica e Social do IPUSP (TARDIVO, 2005).

Método

O presente trabalho é um relato de experiência de atendimento e supervisão. Utilizou-se a Psicoterapia Psicanalítica, em que a partir de conhecimentos teóricos e técnicos desenvolvidos pela Psicanálise, que segundo Tardivo (2006) tem como finalidade a busca da “cura” ou alívio do sofrimento psíquico, a busca do equilíbrio emocional.

Os atendimentos são realizados individualmente, há aproximadamente um ano, uma vez por semana.

Os profissionais que atendem os membros desta família realizam supervisão no mesmo grupo, também semanalmente.

Descrição dos membros da família

Como apresentado anteriormente, no presente caso, buscaremos apresentar um enredo familiar, a partir da ótica das terapeutas e supervisoras dos atendimentos. São atendidos: uma mulher adulta, Maria e três crianças João, Paulo e Ana[61]

A família chegou encaminhada pelo grupo RELIGAR (da Liga Solidária de São Paulo[62]), que identificou situações de sofrimento e emergência por psicoterapia nos membros dessa família, e os mesmos chegaram aos poucos, em primeiro ligar foi o menino João a ser atendido.

1) JOÂO

O primeiro membro da família a ser encaminhado foi João de 8 anos com sinais de agressividade, tendência anti-social, dificuldades de aprendizagem, ansiedade e depressão.

2) MARIA

Após João ter iniciado a terapia, percebeu-se que a tia/ mãe dele, Maria precisava de uma escuta, um acolhimento, sendo também encaminhada para psicoterapia. Durante seus atendimentos pode-se tomar conhecimento de situações de violência quando ela era pequena, por parte do seu irmão que era pai das crianças que ela cuidava. A mãe das crianças por sua vez desapareceu.

Maria sempre fez trabalhos voluntários, organizava enxovais para mães grávidas com poucas condições financeiras. Conheceu uma mulher grávida sem companheiro e, Maria ajudava-a no que era necessário. Essa jovem grávida teve três filhos, aos quais ela passou a cuidar, sendo que dois deles eram filhos de seu irmão mais velho. João e Ana, que também foram entregues a Maria, que os recebeu como filhos.

[61] Os nomes são fictícios respeitando aspectos éticos e sigilosos do caso. E os responsáveis assinaram Termo de Consentimento, permitindo o emprego de dados dos casos para estudos científicos.
[62] Aliga Solidária mantem um convênio com o APOIAR há 8 anos e encaminham pacientes para atendimentos no Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP

Atualmente Maria possui a guarda das três crianças e vive com eles e a mãe em sua casa. Não trabalha, pois precisa cuidar da mãe idosa e adoecida e dos sobrinhos / filhos.

3) ANA

A escola chamou Maria, comunicando que Ana precisava de atendimento psicológico, pois João estava melhorando após os 6 meses e ela estava piorando de comportamento.

A filha Ana, a caçula, foi descrita por Maria como totalmente independente, e muito obediente. A mãe, porém foi chamada à escola também com reclamações de comportamento agressivo, tendo sido por isso, encaminhada para a psicoterapia.

Ana vinha há algum tempo sendo agressiva no ambiente escolar, causando um tumulto ao subir numa grade da escola e ameaçando furar-se com um objeto perfuro cortante caso alguém se aproximasse.

4) PAULO

Em seguida, veio o menino mais velho, Paulo de 10 anos de idade também com queixa de agressividade na escola, com crises de choro, dificuldade de concentração, prejudicando seu desempenho escolar.

O ultimo a ser encaminhado, Paulo, o mais velho, também veio por indicação da escola. Ele, após um tempo, começou a ter dificuldades de comportamento na escola, que interferia em seu rendimento pedagógico.

Reflexões sobre a família:

Depois de um pequeno relato de cada um deles, aos quais foram necessárias intervenções , pode-se perceber as situações específicas em que cada um vivia e porque as agressões apareciam.

A partir da experiência individual com esses pacientes e a discussão clínica em supervisão, foi possível discutir aspectos comuns nessa história familiar.

Percebeu-se que a família apresentava entre seus membros, sintomas em comum, tais como: a tendência anti-social e dependência emocional acentuada, não havendo espaço para a espontaneidade, individualidade e gesto espontâneo.

Com a terapia individual que cada membro teve por um período, a família pode perceber e minimizar efeitos indesejáveis de agressões frente às situações que se apresentavam entre eles e também externas a família.

Maria pode pensar e ajustar a diferença que fazia frente às crianças, a avó que estava doente por muito tempo, e sem paciência pode refletir e ajudar a que todos os membros pudessem vir à terapia com freqüência.

Cada criança pode desenvolver suas habilidades e gosto separadamente, porque antes a Maria igualava a todos, independentemente de idade, causando fortes impactos e brigas entre todos os membros da família.

Recentemente Maria ficou doente, com pneumonia, ficando totalmente impossibilitada de realizar suas atividades e responsabilidades. Diz que se surpreendeu com o comportamento das crianças, pois teve que delegar responsabilidades como, por exemplo, ir à escola sozinho, o que não ocorria anteriormente , e eles desempenharam muito bem. A filha mais nova levou a avó para fazer exames, enfim eles assumiram o papel delegado com muita responsabilidade.

Considerações finais

A pequena apresentação clínica descrita acima aponta indicadores relativos às histórias de vida e familiar dos indivíduos, perpassando experiências de sofrimento psíquico intenso.

Segundo Winnicott (2008) o individuo passa por processo de amadurecimento pessoal desde o início de sua vida, passando por vários estágios, rumo à independência. Porém nem sempre este processo acontece, na clínica psicanalítica, muitas vezes o paciente chega com muitos conflitos e angustias na esperança de aliviar sua dor psíquica pela impossibilidade de amadurecer. Este conflito foi observado nos sintomas de cada membro desta família, no momento da queixa inicial.

> Apesar de inata, a tendência à integração não acontece automaticamente, como se bastasse à mera passagem do tempo. Para que se realize, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça os cuidados suficientemente bons (DIAS, 2003, p.96).

A tendência à integração e ao amadurecimento exige condições facilitadoras, um ambiente que ofereça as três funções descritas anteriormente, *holding* (sustentação), *handling*(manejo) e a apresentação dos objetos.

Quando há estas privações, muitas vezes o psicoterapeuta busca através de sua postura e intervenções, construir um ambiente suficientemente bom, em que a vinculação torna-se possível, oferecendo esta sustentação e segurança para vivenciar o movimento rumo a independência.

É sabido que experiências de violência doméstica na família são manifestas em uma forma real de sofrimento que deixa marcas subjetivas, Pinto Junior et al. (2008) apresentam uma crítica ao modelo de família sagrada ou perfeita que se instala no imaginário popular,

posicionando as famílias de maneira perversa, suscitando um complô do silêncio que mascara e esconde uma realidade trágica e injusta, que expõe seus membros a inúmeros fatores de risco.

O caso em questão remete ao movimento que os familiares viveram através do processo psicoterapêutico, oferecendo *holding*, um espaço seguro, com um terapeuta individual para que pudessem falar sobre o seu sofrimento e poderem refletir sobre suas histórias. Os mesmos passaram a ressignificar o cotidiano de suas vidas, as dificuldades vividas das experiências violentas e agressivas. Este processo tem contribuído para o progresso de amadurecimento e integração tanto individual, como familiar.

Referências

ARIES, A. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro. LTC editora, 1981.

COLACIQUE, M. A. M., TARDIVO, L. S. L. P. C. Quando a confiança familiar pode tornar-se um caso de polícia. In: Tardivo, L. S. L. P. C., Gil, C. A. **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica.** São Paulo. SARVIER, 2008.

DIAS, E, O. **A Teoria do Amadurecimento de D.W.Winnicott**. Rio de Janeiro. Imago, 2003.

LOBO, S. **As condições de surgimento da "mãe suficientemente boa"**. In: XVII Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de Winnicott. Ressonâncias. São Paulo, 2008.

PINTO JUNIOR, 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 enfoques diferenciados. In: Tardivo, L. S. L. P. C., Gil, C. A. **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica.** São Paulo. SARVIER, 2008.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Psicoterapia Psicanalítica e a Clínica de Hoje: O encontro possível entre psicólogos em formação, os pacientes e o supervisor. In: Simon, R., Levinzon, G. K..**Progressos em Psicoterapia Psicanalítica**. São Paulo. Casa do psicólogo, 2006.

TARDIVO, L. S. L. P. C., SAES, D. S. Privação e delinqüência: um olhar atual. In: Ferreira, A. M. **A presença de Winnicott no viver criativo: diversidade e interlocução.** São Paulo. Editora ZY, 2009.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo. Martins Fontes, 2005.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre. Artmed, 2008.

O USO DE IMAGENS NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: O MANEJO DA FOBIA NA CONTEMPORANEIDADE

Laura Carmilo Granado
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Este trabalho, que fez parte dem um trabalho de Doutorado, visou contribuir para pensar o manejo clínico de configurações psicopatológicas da clínica contemporânea. Sintomas fóbicos aparecem na clínica atual constituindo diversas configurações psicopatológicas; quando têm um caráter central, podem caracterizar o quadro clínico de histeria de angústia classicamente descrito por Freud, o qual apresenta as condições genéticas e dinâmicas da histeria. No entanto, atualmente é densamente discutido o fato de que sintomas fóbicos podem encobrir verdadeiras psicoses. Quadros de histeria grave também têm sido enfocados na literatura psicanalítica atual e compreendidos como contendo componentes edipianos e traços mais arcaicos, estabelecendo fronteira com os casos limite. Nos casos-limite a repetição de cenas traumáticas pode se dar por imagem. O atual trabalho apresentou uma intervenção em clínica extensa, tal como proposto por Herrmann, a qual faz uso de imagens para abordar a fobia. Esta intervenção tevepor fundamento a teoria de Winnicott de objetos e fenômenos transicionais em que o paciente sugere algumas imagens relacionadas à sua fobia, as quais poderão ser utilizadas ao longo da psicoterapia psicanalítica. É relatado o processo terapêutico

de uma paciente com fobia de aranha que caracteriza um caso de histeria grave trazendo na etiologia de seu quadro psicopatológico traços edipianos e componentes mais arcaicos. Esta paciente escolheu utilizar algumas imagens que forneceram elementos para elaboração de questões edípicas e relacionadas ao envelopamento materno. O imagético associado ao holding instauraram uma linguagem onírica, que, assim como o brincar, é campo de simbolização, permitindo um trabalho de figurabilidade que foi facilitada pela regressão tópica relacionada a essa repetição que se dá por imagens característica dos casos-limite. A paciente deslizou rapidamente para o campo da figurabilidade mostrando o quanto essa abordagem pode ser útil aos casos de histeria grave e permitindo pensar ser esta uma abordagem profícua de quadros psicopatológicos da clínica contemporânea.Os resultados encontrados com esse enquadre diferenciado sugerem a possibilidade de ampliação para outros pacientes com quadros clínicos semelhantes, ou com outras manifestações.

INTRODUÇÃO

Este trabalho, que fez parte de um trabalho de Doutorado, visou a contribuir para o manejo clínico de configurações psicopatológicas da clínica contemporânea. Sintomas fóbicos aparecem na clínica atual constituindo diversas configurações psicopatológicas. A partir do caso do pequeno Hans Freud (1909) denominou “histeria de angústia” o quadro psicopatológico em que a fobia tem um caráter central, devido à semelhança entre este quadro apresenta com relação à histeria de conversão. Quadros de histeria grave têm sido enfocados na literatura psicanalítica atual e compreendidos como contendo componentes edipianos e traços mais arcaicos, estabelecendo fronteira com os casos limite. O painel “histeria hoje” teve lugar no 28º Congresso de Psicanálise (realizado em Paris, em julho de 1973) e foi sintetizado por Laplanche (1974). Foram discutidas comprovações clínicas da

presença de elementos pré-edípicos na histeria, presença que, no entanto, não invalida a teoria freudiana da importância da relação entre histeria e organização genital, uma vez que os elementos pré-edípicos seriam explicados pelo fracasso da repressão que fariam com que a regressão e a fixação entrassem em cena de forma secundária.

Green (2000) afirma que uma linha de demarcação entre histeria e casos-limite é o papel claramente sexual da primeira em que se destaca a sedução direta ou simbolicamente incestuosa e nos casos-limite se destacariam os efeitos traumáticos da influência materna incidindo sobre o eu, a qual, também podemos pensar, sexual. Na histeria clássica o papel do recalque e a simbolização seriam evidentes, mas o autor admite a existência de formas de histeria que apresentam fixações pré-genitais em que prevalecem angústias automáticas e não de sinal de alarme. Green (2000) afirma que na histeria haveria um movimento oscilatório entre as tendências mais regressivas (orais) e menos regressivas (como a genital-fálica).

Nos casos-limite a repetição de cenas traumáticas pode se dar por imagem (GREEN, 2000; BOLLAS, 1996). O retorno do recalcado se daria em uma forma de regressão de natureza tópica, a qual Freud (1900/2001) explorou em “Interpretação dos sonhos”. O retorno do recalcado por imagem, nos casos-limite pode estar acompanhados de um profundo desamparo infantil. Segundo Britton (1992) a relação segura com a mãe é o que facilitaria a dissolução do complexo de Édipo. Quando a relação triangular acontece antes de uma relação segura com a mãe, a triangulação edipiana é dificultada, abrindo caminho para os quadros mais regressivos descritos por Green (2000).

O atual trabalho apresenta uma intervenção em clínica extensa, tal como proposto por Herrmann (2005). Aqui é proposto um enquadre diferenciado em que imagens são utilizadas para abordar a fobia na clínica psicanalítica. Esta intervenção tem por fundamento a teoria de Winnicott (1971/1975) de objetos e fenômenos transicionais que refere-se a uma área para a qual contribuem tanto a realidade interna, subjetiva quanto a externa, objetiva. O surgimento da transicionalidade, da área do brincar, se relaciona à capacidade da mãe de sustentação ao longo do tempo, permitindo ao bebê viver a onipotência em que cria os objetos ao mesmo tempo em que os encontra (WINNICOTT, 1971/1975).

INTERVENÇÃO CLÍNICA

Esta intervenção[63] inovadora em clínica extensa (HERRMANN, 2005) propõe que o paciente escolha algumas imagens relacionadas à sua fobia para serem utilizadas ao longo de sua psicoterapia psicanalítica, quando ele desejar. Assim, é montada uma pasta com essas imagens escolhidas pelo paciente, as quais têm semelhança ou algum tipo de relação com o objeto temido e elas são usadas no contexto da psicoterapia quando o paciente solicita. Será relatado o processo terapêutico de uma paciente com fobia de aranha que caracteriza um caso de histeria grave trazendo na etiologia de seu quadro psicopatológico traços edipianos e componentes mais arcaicos.

Eloísa é uma mulher de 37 anos, casada e tem curso superior completo. Ela tem fobia de aranha desde os 3 anos de idade. Nos últimos trabalhos teve sucessivas decepções que a fizeram sentir-se deprimida. Pouco tempo antes de procurar a psicoterapia, havia realizado cursos para retornar ao mercado de trabalho.

No 11º atendimento, a paciente pede para ver as figuras que ela escolheu e que seriam utilizadas por nós quando ela quisesse. As figuras estavam em um envelope, eu as descrevo e ela diz que quer ver a foto da catedral de Brasília por dentro, relatando que nunca a viu. A paciente faz associações relacionadas a uma mãe que a prende. Ela diz que a imagem se parece com uma aranha gigante e ela (a paciente) seria um pontinho preto que está na imagem, ela seria, portanto “pequenininha”. Essa aranha grande abraça e suga. Ela diz sobre a mãe: “Por excesso de amor, ela acabou sugando a gente. Ela sempre protege muito, tinha esse abraço. Ela deixava a gente sempre protegido…A gente era muito grudada nela. Acho que essa osmose era por excesso de proteção.” Relata que a mãe prendia, principalmente do ponto de vista sexual.

Na 13ª sessão a paciente olha uma imagem de teia de aranha faz as seguintes associações: “A minha mãe contava a história de que eles eram do sertão e andavam toda a

[63] Desenvolvida durante o doutorado realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP com financiamento da CAPES.

família junta e quando iam se deslocar de um lugar para o outro, na estrada, tinha aranha e ela atravessava a estrada e ficava assim em pézinha. Ela me contava essa história, e a história me ficava… Assim (fez o gesto com os dois dedos em pé, imitando perninhas).. "Lembro de estar no colo do meu avô e que ele sabia que eu tinha medo e brincava "olha a aranha" … Eu pensei muito nisso, se ele tinha alguma intenção, se na verdade ele estava me molestando, mas eu não consigo lembrar. Isso me dá horror. Uma pessoa mais velha fazer esse tipo de coisa. E era meu avô… é duro você pensar isso com relação ao avô. E eu gostava muito dele." A paciente fala de questões com a sexualidade. Ela se questiona se essa história está relacionada a um bloqueio ou se o bloqueio se deve ao fato de sua mãe dizer repetidamente para não engravidar. Diz: "Eu não sei se ele fez isso, porque se tivesse feito eu teria repugnância dele, e eu não tinha, eu o amava." Ao que eu digo: "Você não podia ter repugnância do seu avô, porque o amava, mas da aranha podia ter.." e ela responde "É mesmo. Talvez tenha se transferido pra aranha".

Durante o processo psicoterapêutico a paciente engravidou e abriu um negócio que ia muito bem; por conta do trabalho disse não mais poder ir à psicoterapia. Após um ano, liguei para ela e a paciente disse que estava superbem, superfeliz e disse o quanto é incrível a mudança que o significado de algo pode ter. Disse que hoje vê uma aranha com tranquilidade, afirma: "tudo se tornou tão pequeno". Contou que hoje é capaz de cantar a música da dona aranha para ninar a filha.

Podemos considerar que essa psicoterapia desencadeou um processo psicoterapêutico rápido e intenso, levando-se em conta outros casos de pacientes atendidos com sintomas fóbicos (GRANADO, SOUZA, TARDIVO, 2008; GRANADO, VIEIRA, TARDIVO, 2008). O campo imagético instaurado a partir das imagens e o *holdig* proporcionado ao longo de todo o processo – cujo paradigma é o bebê no colo da mãe (WINNICOTT, 1971/1975) – favoreceram os desenvolvimentos da paciente na psicoterapia. Podemos pensar que o imagético teria instaurado a área intermediária, da ilusão, na qual os objetos são criados/encontrados, a partir da inauguração de uma linguagem que se aproxima do onírico, propício à simbolização.

A paciente trouxe traços arcaicos que podem traduzir-se em uma sedução materna que talvez tenha excedido aquela que inaugura a sexualidade (LAPLANCHE, 1987/1992), imprimindo um excesso não passível de elaboração, de forma que a saída para o édipo não fosse facilitada por uma relação segura com a mãe, tal como proposto por Britton (1992). Os excessos do avô podem ser pensados nesta perspectiva, constituindo um trauma que também estaria no fundamento a neurose vivida por Eloísa. Esse caso pode ser pensado como uma histeria grave que faz fronteira com os casos-limite em que a repetição traumática se faz por imagem, explicando por que a paciente deslizou tão rapidamente para o campo da figurabilidade e ocupou esse campo onírico de forma tão profícua.

A figurabilidade é um processo que se desenvolve na via regrediente (BOTELLA; BOTELLA, 2003) e pode ser uma forma de viabilizar a simbolização quando há dificuldades impostas a ela por um trauma (KIRSHNER, 2007). Através da área da ilusão, da transicionalidade propiciada pelo enquadre aqui proposto, uma via regrediente se estabeleceu, processos primários e secundários puderam coexistir, de modo que o trabalho de figurabilidade foi facilitado e conteúdos até então inconscientes emergiram dando espaço para ela elaborar o excesso materno e a invasão pelo avô.

Assim, as imagens forneceram elementos para elaboração de questões edípicas (relatadas na relação com o avô) e relacionadas ao envelopamento materno. O imagético associado ao *holding* instauraram uma linguagem onírica, que, assim como o brincar, é campo de simbolização, permitindo um trabalho de figurabilidade que foi facilitado pela regressão tópica relacionada a essa repetição do trauma se dá por imagens. A paciente deslizou rapidamente para o campo da figurabilidade mostrando o quanto essa abordagem pode ser útil aos casos de histeria grave e permitindo pensar ser esta uma abordagem profícua de quadros psicopatológicos da clínica contemporânea. Os resultados encontrados com esse enquadre diferenciado sugerem a possibilidade de ampliação para outros pacientes com quadros clínicos semelhantes, ou com outras manifestações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BOLLAS. C. Bordeline desire. *Int. Forum Psychoanal.* , v. 5, p. 5-10, 1996.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. *La figurabilidad psíquica: figuras y paradigmas.* Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

BRITTON, R. O elo perdido: a sexualidade parental no complexo de Édipo. In: STEINER, J. (org). *O complexo de Édipo hoje – implicações clínicas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FREUD, S. (1900) *A Interpretação dos Sonhos. Edição comemorativa 100 anos*. Trad.: Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

_____. (1909) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 20. Trad.: José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, p. 71-164.

_____. (1932b) Conferência XXXIII Feminilidade das novas conferências introdutórias. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p.139-165.

GRANADO, L. C.; SOUZA, M. I.; TARDIVO, L. S. P. C. Fobia de balões: discussão de um caso clínico. In: TARDIVO, L. C.; GIL, C. A. *Apoiar: novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 256-263.

GRANADO, L. C.; VIEIRA, V ; TARDIVO, L. C. El psicodiagnóstico psicoanalítico de un caso de aracnofobia. In: ASOCIASIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL. (Org.). *Modernidad, Tecnología y Sintomas Contemporáneos*. Buenos Aires: 2008, p. 406-408.

GREEN, A. *O complexo de castração.* Trad.: Laurice Levy Hoory. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. Hysterie et états limites: chiasme. Nouvelles Perspectives. In: Le Guen, A. ET AL. *Hystérie. Monographies de Psychanalyse,* Paris: PUF, 2000.

HERRMANN, F. Clínica extensa. In: BARONE, L. M. C. (coord) *A psicanálise e a clínica extensa.* São Paulo: casa do psicólogo, 2005.

KIRSHNER, L. A. Figuration of the real as an intersubjective process. In: *The American Journal of Psychoanalysis*, v. 67, p. 303-311, 2007.

LAPLANCHE, J. Panel on 'Histeria today' Int. J. Psycho-Anal., 1974, v. 55, p. 459-469

_____. (1980) *A angústia. Problemáticas I.* São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. (1987) *Novos Fundamentos para a Psicanálise.* Trad.: Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

WINNICOTT, D. W. (1959-64) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Trad: Irineo Constantino Ashuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

_____. (1963) O medo do colapso. In: WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Trad.: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1971) *O Brincar e a Realidade.* Trad.: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

FANTASIAS INCONSCIENTES NA TRANSFERÊNCIA: O MANEJO EM PSICOTERAPIA BREVE

Yara Malki
José Tolentino Rosa
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
APOIAR
Universidade de São Paulo, Brasil.

Resumo

Trata-se do atendimento a uma paciente de 30 anos, solteira, sem filhos cuja melhora do quadro psicossomático (enjoos, vertigens e tremores) ligou-se à emergência de núcleos psicóticos cujas fantasias, na transferência, guiaram a psicoterapia breve (36 sessões, uma vez por semana), posteriormente ampliada para psicoterapia sem prazo. A paciente apresentava transbordamento de angústias primitivas e estados confusionais relacionados ao desejo de fusão com objeto não-confiável e consequente medo de abandono e colapso. Na transferência, a paciente apresentava tentativas violentas de horizontalizar e/ou indiscriminar os papeis na relação terapêutica e quando frustrada, ficava muito ferida e raivosa, atacando intensamente a terapeuta. Posteriormente, atemorizava-lhe a ideia de ser desligada da terapia como forma de retaliação (culpa persecutória). Além disso, era comum ter vertigens e enjoos antes das sessões, temendo ser aquele “finalmente o dia” em que a terapeuta teria sumido subitamente. A terapia orientou-se por oferecer um espaço de contenção e acolhimento desses núcleos primitivos, tolerando as tempestades emocionais no espaço terapêutico e com isso ampliando sua confiança no objeto-terapeuta e em si própria. Pôde-se perceber uma evolução do quadro confusional inicial para um quadro mais claramente clivado, com episódios rápidos de culpa depressiva, manifesta por remorso em relação aos ataques feitos ao tratamento e à terapeuta.

Palavras-chave: transtornos somatoformes; fantasias inconscientes; psicoterapia psicanalítica.

A MORTE E O MORRER DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Isana Marília Ribeiro
Maria Suzana Carlsson Ribeiro
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Ana Luiza de Figueiredo Steiner
Helga Cristina de Almeida Silva
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR
Universidade de Sâo Paulo
ABrELA/UNIFESP/EPM

O Projeto Tutor tem como objetivo minimizar o sofrimento dos pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), bem como a seus cuidadores e familiares. Durante o período de cinco anos de atendimento domiciliar, as psicólogas tutoras puderam observar várias reflexões feitas pelo paciente sobre sua própria vida e uma resistência em se conscientizar das limitações impostas pela doença. Ao perceber tais limitações o paciente fez uma espécie de ritual de despedida, ressignificando relações anteriormente comprometidas e reafirmando relações já próximas. Após onze anos com a doença o paciente faleceu. Sua mãe-cuidadora pôde se preparar para a separação do filho. O atendimento de tutoria teve como objetivo dar suporte emocional ao paciente e seus familiares, oferecendo a eles acolhimento e escuta para a angústia e propondo um espaço para possibilitar a libertação da palavra amordaçada pelo sofrimento.

Palavras-chaves: Esclerose lateral amiotrófica; tutoria; doença terminal; morte.

A experiência de Tutoria no atendimento a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) remete-nos, invariavelmente, ao tema da morte por tratar-se, até o momento, de uma doença sem prognóstico de cura.

O sentimento de finitude e a angústia de desamparo caem implacavelmente sobre o paciente acometido pela ELA, já no momento do diagnóstico. O paciente confronta-se com angústias penosas geradas pela constatação da própria natureza mortal do ser humano.

Segundo Freud (1915)

> "... no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade". (p. 299). "Nosso hábito é dar ênfase à cassação fortuita da morte, acidente, doença, infecção, idade avançada; desta forma, traímos um esforço para reduzir a morte de uma necessidade para um fato fortuito". (p. 300).

O tema da morte não é de forma alguma uma discussão atual; muitos filósofos, historiadores, sociólogos, biólogos, antropólogos e psicólogos escreveram sobre o assunto no decorrer da História. A idéia que se tem sobre a morte e a atitude do ser humano diante dela se alteram de acordo com o contexto histórico e cultural. A morte é um momento geralmente difícil de ser enfrentado, tanto para a pessoa que está morrendo, quanto para seus familiares.

Ao entrarmos em contato com a morte, muitas fantasias podem surgir. Uma das mais comuns e prazerosas é a relacionada com as concepções religiosas. Nesta fantasia, acredita-se que exista um mundo melhor após a morte, no qual o princípio do prazer comandaria tudo. Por outro lado, uma fantasia que provocaria medo, seria de relacionar a morte com o inferno e, com isso, os sentimentos de culpa e remorso estariam ligados a essa concepção.

O luto não é vivido mais, como em épocas passadas. Muitas vezes o que se exige é o recalcamento da dor da perda. Os funerais são rápidos e despojados. Os símbolos estão sendo eliminados para amenizar a realidade da morte, no entanto, é difícil apagar a presença do objeto perdido, e o processo de luto (Mannoni, 1995).

Atualmente é mais comum vivenciar a dor do luto na solidão, uma vez que as pessoas preferem afastar de si, o medo da morte.

Segundo Freud (1917) “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, a perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém, e assim por diante”. (p. 249).

O processo de luto demanda tempo e energia para ser elaborado, normalmente é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando encontramos objetos de substituição para o que foi perdido. Ainda citando Freud, “... o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido”. (p. 251).

A morte nos remete aos sentimentos de perda, nos causando sentimentos dolorosos. Trata-se de uma dor psíquica com sentimentos de tristeza, finitude, medo, abandono, fragilidade e insegurança, com muitas reflexões na trajetória da vida.

Durante o período de 5 anos de atendimento ao paciente Carlos[64], 51 anos, com ELA durante 11 anos, pudemos observar várias reflexões feitas por ele sobre sua própria vida, por exemplo, se sua trajetória foi satisfatória, sobre seu casamento, a paternidade, se pode criar vínculos fortes e permanentes, se pode auxiliar a outros seres humanos, etc.

Muita experiência nos foi relatada durante o período de sua enfermidade. Notamos uma resistência em se conscientizar de que naquele momento sua vida era limitada. Seus valores, objetivos e crenças eram readaptados por ele a cada nova condição que sua enfermidade lhe causava.

Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito à opinião, daí a importância do acolhimento ao doente por parte da equipe e da importância da verdade. Kübler-Ross (1997) destaca que

"... todos eles estão cientes da gravidade do seu estado, quer tenham sido informados ou não" (p. 267) e "... chegou uma hora em que todos... sentiram necessidade de transmitir seus anseios, de tirar a máscara, de enfrentar a realidade e de cuidar de assuntos vitais enquanto havia tempo". (p. 267).

É importante aproximar-se da dor do paciente, colocando-se no seu lugar para entender seu sofrimento. Servan-Schreiber (2011) enfatiza que

> "Não é tão difícil falar com uma pessoa que luta contra a doença. Às vezes um simples contato físico, como por a mão sobre a mão do doente, sobre seu ombro, pode ser suficiente. Um contato que expressa de modo direto: estou aqui ao seu lado. Sei que está sofrendo". (p. 112).

Muitas vezes, familiares e pacientes encontram dificuldades em aceitar e enfrentar a morte. Pudemos observar em Carlos e sua mãe-cuidadora um modo de defesa diante das dificuldades para enfrentarem a angústia decorrente dessa situação, ou seja, a qualquer

[64] Nome fictício. Por ser um atendimento realizado num Laboratório e dentro de um Projeto, os pacientes assinam termos de Consentimento que permitem o uso do material para estudos científicos.

impossibilidade nova ocasionada pelo avanço da doença, ambos se ocupavam da criação de alternativas para superá-la.

O enfrentamento nos avanços da doença por parte de Carlos lhe proporcionou um prolongamento da vida. Para esse tipo de enfrentamento existe um tempo maior de preparação da morte.

Após onze anos com Esclerose Lateral Amiotrófica, Carlos se foi. Finalmente libertou-se do cárcere da ELA. Nos últimos atendimentos sua condição estava muito comprometida. Sua resistência e respiração já estavam muito debilitadas, sua mãe–cuidadora sempre atenta às suas necessidades.

Nossa intervenção psicológica viabilizou a possibilidade de minimização do sofrimento nos últimos encontros. Conversamos sobre questões que estavam pendentes no relacionamento familiar. Carlos faleceu em casa, ao lado de sua mãe-cuidadora, que no momento o estava ajudando em suas necessidades básicas.

O relacionamento e a crença existente entre eles favoreceu-os no momento de sua partida, que pode se dar de maneira tranqüila. Puderam falar sobre ela, diante de suas complicações de saúde.

Sua mãe-cuidadora aceitou e admitiu a perda do filho. Apresentou uma elaboração, ainda que relativa, dos sentimentos de raiva, revolta e angústia. A estratégia que utilizou no enfrentamento dessa situação de vazio foi de se colocar à disposição como voluntária na ABrELA - Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. Após a morte do filho, mostrou-nos que existe vida no luto.

Para a psicanálise, a intensidade da dor frente a uma perda, se configura narcisicamente com a morte de uma parte de si mesmo. Para cada sujeito, sua perda é a pior e a mais difícil, essa experiência é muito assustadora, o sentido dado à vida é repensado e as relações são revistas a partir de seus significados.

A prática profissional de toda a equipe multidisciplinar da AbrEla mostra a necessidade de oferecer cuidados aos familiares. A perda e o luto afetam as pessoas, causando sintomas emocionais, como a depressão e a ansiedade, assim como sintomas físicos. Por isso, a importância que pode ter na prevenção destes sintomas a oferta de apoio emocional e encorajamento para que expressem seus sentimentos.

Não observamos no processo de luto de sua mãe uma idealização do filho, ou seja, ela não ignorou os defeitos e nem exagerou nas características positivas dele ao se referir a ele. Sua mãe cuidadora pode se preparar para a separação do filho, as questões mais significativas foram resolvidas antes da morte. Sempre esteve muito próxima dele, auxiliando-o em todas as suas necessidades. Sua morte ocorreu próxima de um ritual de despedida.

Carlos ao perceber seu estado de saúde cada vez mais limitado, fez uma espécie de ritual de despedida, pode se aproximar e ressignificar relações anteriormente comprometidas e reafirmar relações já próximas.

Além da função de resgate dos relacionamentos o ritual anterior à morte pode ajudar a família na elaboração do luto, devido ao alívio da culpa e de outros sentimentos negativos. Carlos pode se aproximar de sua irmã.

Nada é como era antes, mesmo assim há esperança de transformação e recomeço. Isso foi o que observamos no comportamento da mãe e cuidadora de Carlos.

O ser humano se dá conta de sua condição de ser mortal quando entra em contato com uma enfermidade grave e passa a observar o que se passa em sua alma,pois a condição de finitude de todo ser humano fica potencializada com o anúncio de uma doença terminal.

O atendimento de Tutoria teve como objetivo dar suporte emocional ao paciente com ELA e seus familiares, como forma de lhes oferecer uma escuta psicanalítica para essa

angústia e propor um espaço para possibilitar a libertação da palavra amordaçada pelo sofrimento.

REFERÊNCIAS

Oliveira, ASB; Quadros, AAJ; Silva, HCA; Chieia, MA; Pereira, RDB & Fernandes, E *Livreto Informativo ELA:* Esclerose Lateral Amiotrófica. São Paulo: Guinom Ltda, 2009.

Freud, S. Luto e Melancolia". In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 1a ed. Vol. 14, 1917[1915]. Rio de Janeiro Imago, 2006.

Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. 1a ed. Vol. 14, 1915. Rio de Janeiro:Imago; 2006.

Kübler-Ross, E. - "Sobre a Morte e o Morrer". 8° edição. Martins Fontes, São Paulo,1997

Mannoni,M. - "O nomeável e o inominável". Jorge Zahar, Rio de Janeiro,1995.

Servan-Schreiber, D. - Revista Veja. Edição 2237- ano 44-n°40, 5 de outubro de 2011. "Receita para a Boa Morte". Editora Abril. Página 112/ Comportamento- Uma lição de como morrer bem.

DO SILÊNCIO AO VÍNCULO COM A VIDA PELO OLHAR: RELATO DO ATENDIMENTO A UMA PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Eliane Cristina Resegue dos Reis[),]
Edna Maria Ferreira,
Ana Luiza de Figueiredo Steiner[),],
Antonio Geraldo de Abreu Filho[,]
Helga Cristina de Almeida Silva,
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO: Experiência de uma dupla de tutoras, em visita domiciliar a uma paciente com ELA (esclerose lateral amiotrófica). O marido da paciente solicitou atendimento através da ABrELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica).

OBJETIVO: Demonstrar a importância da escuta,do acolhimento,num momento de impotência humana, diante de uma doença terminal, facilitando a manifestação de desejos e sentimentos.

MÉTODO: Análise Clínica com base em estudo de caso, do relato do encontro humano vivenciado entre tutoras e paciente portadora de ELA.

RESULTADOS:A paciente através de comunicação não verbal comunicou sua história de vida passada e presente em suas expressões de alegrias,angústias**,**temores e desesperança de vida.

CONCLUSÃO: No processo da paciente ir percebendo sua degeneração física diária,levando-a à desesperança, pôde contar com a atenção e apoio emocional das tutoras,que a continham em suas tristezas e desejo de morte.

PALAVRAS-CHAVES:esclerose lateral amiotrófica, tutoria, acolhimento, aprisionamento, impotência humana.

Este trabalho tem o intuito de relatar a experiência que ocorreu com uma dupla de tutoras ,num período de seis meses, pelo Projeto Tutor, projeto este da ABrELA em parceria com o Laboratório Apoiar de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da USP. Este visa oferecer apoio emocional ao paciente e seus familiares.

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso motor, que provoca fraqueza e atrofia muscular, disfagia, disartria e insuficiência respiratória, com expectativa de vida de três a cinco anos, nos quais todas as funções sensoriais e intelectuais não são afetadas, permanecendo intactas até a morte. (ABrELA 2009).

A paciente tem 52 anos de idade e é natural de São Paulo, casada e tem três filhos. Antes da doença exercia atividade profissional; por volta de 2007,quando seu marido se aposentou decidiram morar no interior, onde surgiram os primeiros sintomas da doença.Sua perna começou a repuxar,o que foi confundido com problemas relacionados à hérnia de disco,que vinha sofrendo há certo tempo.A piora de seu estado fez com que retornassem para SP em busca de um diagnóstico.

Após muitos caminhos incertos ,passados por ortopedistas, cardiologistas ,chegaram em 2010 ao neurologista, que fechou o seu diagnóstico. O agravamento gradativo da doença já exigira medidas rígidas como traqueostomia e gastrostomia em 2009, para lhe proporcionar melhor qualidade de vida.

Com a evolução da doença encontra-se acamada, tendo assistência de “Home-care”, profissionais de Fisioterapia e Fonoaudiologia, 24 horas por dia. Isso propicia uma disponibilidade emocional maior por parte da família.

A paciente se comunica por meio de uma tabela especial criada pela família, com algumas palavras instituídas.

Nesse estágio da doença, seu marido, preocupado, atencioso e tendo conhecimento do serviço de tutoria, pediu ajuda à AbrELA para que ela pudesse externar seus sentimentos, ou mesmo poder falar de si.

Para Kübler Ross (1992) o doente tem sentimentos ,desejos, opiniões e acima de tudo direito de ser ouvido.

Num primeiro momento, o quadro médico da paciente, criou certa resistência à dupla de tutoras encaminhada para o atendimento, visto que as mesmas haviam recentemente testemunhado a morte de uma das pacientes supervisionadas, porquanto a supervisão faz com que todos fiquem familiarizados com os demais pacientes, e assim estavam muito sensibilizadas com o caso.

Questionamentos surgiram dos mais diversos, desde como agir com alguém que não “fala”, como entender seus sentimentos, como auxiliá-la, tudo isso aliada à idéia de uma morte próxima.

Vencida essa fase, houve o primeiro encontro, onde o silêncio da paciente não incomodou .Seus olhos azuis brilhantes e o sorriso em seus lábios falaram. E a comunicação se processou.

A partir daí a convivência com a paciente, com suas profissionais e sua família nos permitiu ir pouco a pouco nos familiarizarmos a situação.

A rotina e cotidiano da paciente se restringiam ao seu quarto, totalmente equipado para atendê-la, e é lá que tudo ocorria: as enfermeiras e o marido faziam seu dia “acontecer”,com conversas, músicas, programas e filmes na TV, o que permitia que os dias fossem movimentados, possibilitando ainda a visitas de religiosos, dos mais variados.

"*A pessoa no estágio terminal sente seu mundo encolhendo para as dimensões do quarto, da cama, do corpo* (Lépargneur, 1987 apud Kovacs, 1992).

Os relatos do marido a caracterizam como uma pessoa muito vaidosa, alegre, dinâmica, ativa, amante de animais e plantas. E foi dessa maneira que tivemos acesso à sua personalidade anterior.

Era organizada e controladora de todos os passos da casa. Isso era percebido em muitas vezes até mesmo nos dias atuais, inerte em sua cama, ao decidir pelas enfermeiras ,pelos remédios que não queria ingerir e pela percepção das pessoas que circulavam na casa.

A paciente manifestava muita satisfação em nos contar as suas histórias ,suas alegrias vividas, mesmo com auxilio das enfermeiras. Sorria muito concordando com as falas do marido também.

Com o vínculo fortalecendo e a familiaridade com a tabela de comunicação, foi se criando uma confiança em ficar a sós com a dupla.

A partir desse momento ,muitas decepções, tristezas, gritos de desespero como: "Amo minha família, mas quero morrer"... "Não tenho mais fé...Deus me desamparou..." acompanhados de choros com soluços ,foram compartilhados.

Muitas vezes, nessas situações, onde as palavras não fluíam em som, apenas em um papel escrito, tanta dor, tanto sofrimento, ficava difícil para as tutoras sustentar essa situação. Fundamental o alicerce nessa área que se constitui na análise pessoal e na supervisão realizada dos tutores. Lidar com a morte é lidar com a finitude do ser.

A paciente comunicava sua angústia e as tutoras na atitude de ouvintes se sentiam impotentes diante de tamanho caminho sem volta e assim, acariciavam seus cabelos e seguravam suas mãos.

Kovács (1992) escreve que o toque físico tem o poder de resgatar a possibilidade de nossa humanidade,do nosso corpo e das sensações (essa frase está solta – vcs a tocavam? Sentiram isso, só mantenham se fizer alguma relação)

Kübler Ross (1992) assinalou 05 estágios na situação de pacientes com doenças fatais:negação,raiva,barganha,depressão e aceitação. Alguns desses estágios foram observados nesses atendimentos. Assim se percebia desde o inicio, já no estado inerte em que a paciente se encontrava, embora com muitos sorrisos, a depressão manifestada em não querer acender as luzes ,não querer falar quando solicitada, não deixar fazer certos procedimentos necessários.

Posteriormente veio a aceitação, ou talvez a resignação, um desânimo muito aparente, visível em seus olhos e nos lábios que não sorriam mais. Isto se aprofundou por ocasião da noticia da morte de um jornalista carioca, de apenas 34 anos, que tinha falecido com os mesmos sintomas de ELA, muito difundido pela mídia.

Este fato, ocorrido um dia antes da visita das tutoras, pode ter sido determinante, na decisão da paciente em não querer mais tutoria, e por conseqüência viéssemos a experimentar o maior exercício de escuta e acolhimento.

Se antes, em breves “piscares” de olhos da paciente havia se estabelecido vínculos com a vida, neste único e último “piscar”, rompeu-se o elo da continuidade do trabalho da tutoria , respeitando-se assim o desejo da paciente.

A supervisão auxiliou a perceber a complexidade e dificuldade que envolve o contato com um ser humano em sofrimento, como também a vulnerabilidade diante do drama do adoecer chegando a mobilizar questões pessoais nos próprios tutores.

Bibliografia

Oliveira, ASB; Quadros, AAJ; Silva, HCA; Chieia, MA; Pereira, RDB & Fernandes, E *Livreto Informativo ELA:* Esclerose Lateral Amiotrófica. São Paulo: Guinom Ltda, 2009.

Kubler-Ross, E *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Kovacs, MJ Morte e desenvolvimento humano. Casa do Psicólogo,São Paulo,

1992.

A TRANSFERÊNCIA NEGATIVA DE UMA PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) NA TUTORIA

Raquel Reis de Paiva
Karina Alessandra Fattori
Ana Luiza de Figueiredo Steiner
Antonio Geraldo de Abreu Filho, Helga Cristina de Almeida Silva
Acary Souza Bulle Oliveira,
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo),

Objetivo: Demonstrar o surgimento da transferência negativa na tutoria a uma paciente com ELA.

Método: Análise clínica através do estudo de caso, da vivência tutor paciente, e relação com a psicanálise.

Resultado: Devido à transferência negativa estabelecida pela paciente em relação às tutoras, junto com sua personalidade narcisista, a tutoria foi interrompida após poucos encontros.

Conclusão: Paciente com funcionamento mental onipotente e baixo limiar à frustração não sustentou a angústia de poder ser ajudada pelas tutoras mediante constatação de sua real situação de estar doente.

Palavras-chaves: Transferência negativa; Projeto Tutor; Esclerose Lateral Amiotrófica.

> "Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranóicos, acaba a possibilidade de influência e cura" (Freud, 2010, p. 145).

A experiência relatada neste trabalho foi realizada no Projeto Tutor que surgiu, em 2003, de uma parceira da ABrELA com o Laboratório APOIAR/USP. As tutoras foram alunas de graduação que prestam apoio emocional domiciliar ao paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Os encontros ocorrem semanalmente e são realizados em duplas. Estes alunos são orientados depois de cada visita pelos coordenadores do projeto (ABREU FILHO ET al., 2009).

A paciente tomou conhecimento do Projeto Tutor no X Simpósio Brasileiro de DNM/ELA e solicitou a tutoria. Em uma reunião da ABrELA seguinte ao simpósio ela reforçou ao coordenador do projeto o seu pedido.

A tutoria teve início pouco tempo depois, e, já no primeiro encontro, a paciente falou excessivamente, sem pausas. Os assuntos tratados foram a doença, as dificuldades que ela acarreta e os tratamentos disponíveis; a troca de informação com outros pacientes com ELA e sobre relações familiares. Esses assuntos se repetiram ao longo das sessões seguintes.

Na segunda visita, a paciente pediu às tutoras que pesquisassem se havia algum relato de paciente que tivesse obtido um retorno positivo com tratamento na Fisioterapia da USP. As tutoras foram orientadas a dizer que procurasse a ABrELA para ter esse tipo de informação. A partir desta comunicação em que sua expectativa não foi atendida, notou-se uma mudança de sua postura (a paciente interrompeu diversas vezes a conversa para atender ao telefone e sua fala ficou mais lenta e repetitiva). Além disso, ela mesma encerrou o encontro antes do término previsto, alegando que teria que ir ao banco com o marido. Nesse momento, devido à frustração de suas expectativas, a paciente passou a demonstrar transferência negativa para com as tutoras.

Segundo Freud (1969), a transferência está presente na relação psicólogo-paciente desde o inicio do tratamento, entretanto, se ela se transforma em resistência, a sua relação com o tratamento é modificada sob duas condições diferentes e contrárias: a transferência positiva, de sentimentos ternos; e a transferência negativa, de sentimentos hostis.

Esse aspecto foi melhor observado na quarta visita, em que a paciente perguntou em que ano da faculdade as tutoras estavam e, após ter o conhecimento desta informação,

utilizou-a para relatar que ainda teriam muito a aprender e compulsivamente comparou-as com sua psicóloga. Com essa colocação a paciente deixou frisado que ela estava ajudando as tutoras e não as tutoras a ela, invertendo o propósito da tutoria.

Vários relatos demonstraram que a paciente não se responsabilizava por seus atos, culpando a terceiros. Em um dos encontros já agendados as tutoras chegaram à casa da paciente e, notando que ela não se encontrava, ligaram para avisar da sua chegada. A paciente alegou que as tutoras deveriam ter ligado antes para comunicar que estavam a caminho, entretanto, no mesmo dia, uma das tutoras havia ligado e confirmado o horário da visita com a própria paciente.

Outro fato ocorrido foi uma discussão que houve entre paciente e seu primo durante a tutoria. A paciente havia dito para ele trocar uma lâmpada que havia queimado e ele disse que os funcionários dela que haviam estragado a lâmpada; a paciente ficou brava e disse que a culpa não era de seus funcionários e sim do fornecedor do primo.

A reação da paciente remete a demonstração de personalidade maniática. Segundo Adorno (1965), a personalidade maniática é resultante da superação do Complexo de Édipo através da retração narcísica de si mesmo. Seu mundo interno imaginário substitui grande parte da sua realidade interna; essa personalidade tem como mecanismo de defesa a projeção e como maior temor que o mundo interno se contamine em contato da realidade.

A paciente encontra-se no estágio de negação. Segundo Elisabeth Kubler-Ross (2008), uma pessoa ao ser diagnosticada com uma doença terminal, pode passar por cinco estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Há pessoas que passam por todos os estágios e outras que permanecem em um deles ou oscila entre outros.

A paciente demonstrava estar em negação, pois se questionava o porquê de estar com a doença, já que, segundo informações lidas, não apresentava características comuns de quem possui essas doenças (como ser do sexo masculino, ter idade avançada e fazer excesso de exercícios).

A paciente relatou que havia interrompido o atendimento com sua primeira psicóloga após três sessões, pois a conversa era unicamente sobre a doença, o que a deixava triste e agoniada.

Além disso, citava terceiros quando falava sobre a doença, o sofrimento e os problemas que esta causava. Por exemplo, falou sobre o problema que outro paciente estava tendo com sua mulher, que esta mostrava incompreensão do estado do marido, além de sugerir que não aguentava aquela situação. Este relato, junto com observações anteriores das tutoras frente a outros discursos da paciente, por transferência, demonstrou o temor que esta tem em relação à possibilidade de ser abandonada pelo marido.

Uma história que a paciente contou foi que antes de tomar conhecimento da doença, era ela quem resolvia a maioria dos problemas da empresa que ela e o marido possuem; mandava os funcionários falarem com ela antes de comunicar qualquer problema ao marido. *"Eu falava para eles passarem os problemas para mim primeiro. Eu tentava resolvê-los, e o 'filtrado' eu passava para o meu marido".* Através de sua fala, demonstrou ser autoritária e onipotente.

A paciente demonstrou como funcionamento a manutenção das relações enquanto estas lhe são úteis, utiliza-as como meios para alcançar seus interesses. Em seus relatos demonstrou que sua consideração pelo profissional está diretamente relacionada aos benefícios que esses podem lhe trazer. Um exemplo foi quando disse que, assim como a psicóloga e a nutricionista dão idéias de como ela poderia conviver com as dificuldades da doença (como aprender a ajudar o outro a levantá-la do chão), as tutoras deveriam colaborar mais trazendo informações adicionais.

Depois do quinto encontro, as três visitas seguintes foram desmarcadas pela paciente que alegou ter outro compromisso no mesmo horário. Pela sua conduta e seu funcionamento mental se evidenciou que ela não queria mais continuar com a tutoria. Levantou-se a hipótese que isso ocorreu por ter se frustrado diante da sua expectativa de obter mais informações das tutoras sobre tratamentos e soluções. A presença das tutoras acabou sendo representativa de sua condição de impotência frente à doença, não aceitando esta condição.

REFERÊNCIAS:

ABREU FILHO, A. G.; OLIVEIRA, A. S. B.; QUADROS, A.; SILVA, H. C. A.; STEINER, A. L. F.; TARDIVO, L. S. L. P. C.. *Projeto Tutor – Parceria ABRELA/USP.* Revista Neurociências, 2009; 17(supl): pag.29-30.

ADORNO, T. W.. *Tipos y Síndromes* in La Personalidad Autoritaria. Tradução: Dora e Aida Symber. Proyección. Buenos Aires, 1965, pag. 695-729.

FREUD, S.. *A dinâmica da transferência* in Volume X Obras Completas. Tradução: Paulo César de Souza. Companhia das Letras. São Paulo, 2010, pag. 134-146.

FREUD, S.. *Conferências introdutórias sobre Psicanálise (Parte III)* in Volume XVI Obras Completas. Tradução: Jayme Salomão. Imago Editora LTDA. Rio de Janeiro, 1969, pag. 503-521.

KUBLER-ROSS, E.. *Sobre a Morte e o Morrer*. Martins Fontes, São Paulo, 2008.

RESISTÊNCIA DE DOIS PACIENTES EM ATENDIMENTOS NO PROJETO ABRELA/TUTOR

Monique Sayuri Xavier Shiroma
Isabela de Oliveira Arruda Moretti
Ana Luiza de Figueiredo Steiner[)],
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Helga Cristina de Almeida Silva
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Este trabalho apresenta experiências de atendimento de tutoria domiciliar a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica, com o intuito de discutir resistências e defesas que emergem nos pacientes durante o processo. Os atendimentos fazem parte do Projeto Tutor, que é vinculado ao Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e à ABrELA (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica). O objetivo é descrever como se apresentam tais resistências ao longo das tutorias, bem como contextualizar seu sentido, pensando a própria evolução da doença. Ainda, fala sobre a importância de os tutores acompanharem e respeitarem esse processo do paciente, oferecendo sustentação e disponibilidade, possibilitando a eventual emergência de conteúdos acompanhados de forte ansiedade perante o processo degenerativo da doença. Para tanto, são apresentados dois estudos de caso discutidos em conjunto com aspectos teóricos.

Palavras-chave: tutoria, esclerose lateral amiotrófica, resistência.

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e fatal, caracterizada por paralisia progressiva marcada por sinais de comprometimento dos neurônios motores superior e inferior. Esclerose Lateral Amiotrófica significa fraqueza muscular secundária a comprometimento dos neurônios motores. É a forma mais comum das doenças do neurônio motor, e o envolvimento predominante é da musculatura dos membros, seguindo-se comprometimento bulbar. Nessa doença, as capacidades mentais e psíquicas permanecem, freqüentemente, inalteradas. A ELA não afeta as funções corticais superiores como a inteligência, juízo, memória e os órgãos dos sentidos (Oliveira *et al.*, 2009).

A causa para a ELA não é totalmente conhecida e, na atualidade, essa doença não tem cura. Nesse sentido, a progressão ininterrupta da doença afeta intensamente a qualidade de vida das pessoas com ELA, familiares e cuidadores. Como com o passar do tempo o quadro clínico vai progressivamente se agravando, torna-se necessário um trabalho multidisciplinar para melhor amparar o paciente, os familiares e os cuidadores (OLIVEIRA *ET AL.*, 2009).

Em um contexto como esse, a Psicologia se insere, como possibilidade de oferecer um apoio, um amparo psicológico a essas pessoas que estão passando por esse sofrimento. O diagnóstico de uma doença neurodegenerativa progressiva e fatal afeta profundamente a pessoa, podendo potencializar ou disparar estados depressivos. Sentimentos como raiva, medo, preocupação podem aparecer desde o início. O acompanhamento psicológico dessas pessoas mostra-os que não estão sozinhos nessa jornada, ajudando-os a elaborar esse momento de vida, possibilitando a eles um adoecer mais tranquilo e humano (Ross, 1987).

Método

O Projetor Tutor, nesse sentido, busca proporcionar aos pacientes, porventura aos familiares e cuidadores, esse amparo, oferecendo um espaço de acolhimento, escuta e compreensão. Esse Projeto de tutoria compreende: preparação dos tutores, antes de iniciar a tutoria, em encontros semanais; visitas domiciliares semanais de uma dupla de tutores por, no

mínimo, 12 meses, podendo ter prosseguimento após esse período; e supervisão clínica semanal.

Assim, paralelamente aos atendimentos, acontecem as supervisões nas quais estão presentes alunos envolvidos no Projeto: sejam eles iniciantes que não começaram ainda as visitas, tutores que estão atendendo ou aqueles que por algum motivo – desistência, falecimento, por exemplo – não estão atendendo, mas continuam participando e pretendem continuar. Algo bastante comum – especialmente entre aqueles que estão iniciando os atendimentos, mas certamente também entre todos os tutores em algum momento de sua tutoria – é o questionamento sobre a importância da escuta. Além de uma grande expectativa dos tutores de que os pacientes entendam as visitas com um espaço para falar sobre suas ansiedades, medos, frustrações e outros sentimentos, o que se percebe é também uma constante indagação em relação ao valor desta escuta. Através de dois relatos de tutoras do Projeto pode-se ilustrar como isto se dá na prática.

Relato 1

Helena (nome fictício) tem 57 anos, é solteira e mãe de dois filhos homens. A tutoria já acontece há um ano e meio, o que compreende 59 atendimentos, sendo que 34 deles foram com uma dupla de tutores, e o restante com apenas um tutor.

Helena e o filho mais velho moram na casa de sua mãe, e o filho mais novo já é casado e tem uma filha. Recentemente, o irmão da paciente também se mudou para a casa da mãe. A cuidadora principal é a mãe da paciente. Helena tem o diagnóstico da doença há mais de seis anos, e seu quadro geral é: apresenta movimentos no corpo todo, porém com fraqueza generalizada; não anda mais, ficando na cadeira de rodas; sua fala está parcialmente preservada e dorme com auxílio do BiPAP.

Helena passa grande parte de seu dia assistindo documentários na televisão, principalmente quando falam sobre as paisagens bonitas que existem pelo mundo, ou quando exploram as minúcias e belezas do reino animal. Ela fica inebriada com as belezas naturais, e

gosta de poder conhecer um pouco de tudo. A televisão, nesse sentido, é sua grande companheira.

Desde o começo da tutoria, a televisão ligada foi um terceiro elemento durante as vistas sempre presente. De início, os tutores viam o assistir televisão como um convite de Helena para que eles entrassem em seu mundo. Ao compartilhar conosco atendimentos em que assistíamos televisão e conversávamos sobre os programas, ela estava compartilhando também seu cotidiano e sua vida. Os entendimentos por parte dos tutores possibilitou a eles continuar ao lado de Helena, mantendo sempre uma escuta atenta e acolhedora e sendo uma companhia sempre disponível.

Todavia, isso não foi fácil, pois dos próprios tutores e futuros tutores surgiam questões sobre qual era a importância daquele trabalho, de que modo se estaria, de fato, ajudando a paciente, como aquilo estaria sendo positivo para ela, etc. Entretanto, as supervisões, espaço de reflexão e compartilhamento de experiências, ajudaram os tutores a atribuir sentido para essas tutorias, de modo que, aos poucos, eles puderam compreender que aquela era uma das maneiras possíveis e legítimas de se estar com o outro. Mais: era a maneira como, naquele momento, Helena queria estar com os tutores e desse modo apresentar sua vida.

Com o tempo, a questão em volta da televisão mudou. Já não era mais conversando sobre os programas que a tutoria se dava: Helena começou a dizer para os tutores sobre sua vida, começou a abrir espaço no atendimento para a narrativa de sua história. Entretanto, mesmo com essa importante e significativa mudança, Helena manteve a televisão ligada. Não só ligada, mas ainda presente: a televisão se apresentou, nesse momento, como um terceiro elemento *possível* presente; quando Helena se angustiava ao contar sobre si e ao dizer de si, virava-se para a televisão e passava a assisti-la, comentando algo sobre o programa com os tutores.

Nesse momento, Helena mostrava que, além da televisão, que tinha muito a ver com sua rotina atual, ela tinha muito mais para dizer e compartilhar com os tutores: queria falar de si, de sua história e de seus pensamentos sobre os acontecimentos de sua vida. Nesse outro momento do atendimento, angústias emergiram e o modo como Helena teve para lidar com

isso foi através do escape para a televisão, de modo que a televisão passou a ter um significado defensivo. Ou seja, só foi possível para Helena falar, pois ela podia contar com a possibilidade de parar de falar quando quisesse, assistindo televisão. A televisão foi, assim, o recurso defensivo que possibilitou à paciente falar sobre si.

Chegar a esse momento de atendimento, no qual Helena estava trazendo sua vida para ser narrada e refletida, só foi possível porque os tutores conseguiram, com auxílio da supervisão, lidar com a angústia de estarem com a paciente "*só"* assistindo televisão. Nesse instante, entretanto, entenderam que a televisão poderia não ser "*só"* televisão. Estar com a paciente do modo como ela queria e podia estar foi respeitado. Helena foi se sentindo amparada confortavelmente em sua solicitação, o que possibilitou o aparecimento da vontade de utilizar aquele espaço para falar de si.

Falou sobre sua complicada separação conjugal, quando seus filhos eram pequenos; sobre ter criado seus filhos sem muita colaboração por parte do pai; da reaproximação com seu ex-marido, e o posterior falecimento dele, atropelado; da falta que lhe fazia que suas primas a visitassem, ao invés de irem passear no shopping; da sua sensação de que o tempo passa muito rápido; da sua percepção do adoecimento da mãe; da cena que viu, junto ao irmão, de um homem, alguns instantes após seu suicídio, etc. Também falou de coisas boas: os ótimos filhos que tem, sempre estudiosos desde jovens; a proximidade com sua neta, que a ama muito e é muito ligada a ela; seu gosto também por desenhos de televisão; as histórias das viagens que fazia com sua família (mostrando fotos e contando situações engraçadas); a mãe presente que sempre foi, ajudando as crianças a organizar festas na rua; o casamento que a fez feliz, antes da separação (mostrando fotos do dia do casamento), etc.

Mediante toda essa dinâmica os tutores precisaram conter a angústia e a ansiedade que emergiram no começo da tutoria quando se questionavam sobre a importância de se fazer uma visita domiciliar a um paciente e ficar assistindo televisão. Precisaram lidar com esses sentimentos em supervisão, atribuindo um sentido para essa situação. Isso foi fundamental para que os tutores pudessem estar ao lado de Helena tal como ela queria e podia estar naquele momento. Esse foi o aspecto primordial para que este trabalho de tutoria

se efetivasse de fato, visto que fizeram Helena sentir naquele espaço o acolhimento, a sustentação que precisava para se abrir mais e poder falar de si, de sua história e da sua situação de vida atual. A vivência do acolhimento, da sustentação e do *holding*, segundo Winnicott, são importantes para indivíduos que se encontram em estado de sofrimento psíquico (Steiner, Abreu Filho, Silva, Quadros & Tardivo, 2008).

Relato 2

Roberto (nome fictício) tem 73 anos foi diagnosticado com ELA há 14 anos. Desde as primeiras visitas, em meados de 2009, seu discurso sempre esteve marcado pela presença de histórias sobre seu sítio, sobre sua família, fotos de festas em família e também de forma recorrente assuntos sobre o clima e a temperatura. Neste período inicial foi dada ênfase sobre a importância ao estabelecimento de um vínculo entre o paciente e os tutores. Os participantes do Projeto têm conhecimento que, somente após os 12 primeiros encontros, podem iniciar as chamadas intervenções, ou seja, uma interação mais ativa por parte do tutor. É proposto como tutoria no período inicial um foco no suporte e amparo do paciente através da criação de um ambiente suficientemente acolhedor (Winnicott, 1965). Com o término deste período inicial, existe a possibilidade de realizar intervenções como definidas acima. Esta mudança, por um lado, não ocorre de forma demarcada na prática dos atendimentos. Por outro lado, traz expectativas quanto ao andamento das visitas e sobre o desenvolvimento dos conteúdos falados.

Tem sido pensada – pelos tutores e supervisores do Projeto - a questão de como Roberto poderia comunicar-se melhor e da forma menos desgastante possível com o passar do tempo e a evolução da doença. Sua fala mostrou-se comprometida desde que o início das visitas e vem piorando desde então. Há pacientes que só conseguiam piscar os olhos e nada mais para se comunicarem e mesmo desta forma, expressavam conteúdos pessoais e afetivos sem prejuízo pela ausência da fala. Esta constatação por parte do tutor pode ser algo de grande impacto, pois este não só teve sua expectativa frustrada, como pode vir a pensar que tal fenômeno está ocorrendo por uma falha de seu comportamento ou de suas

intervenções nos atendimentos – não necessariamente de forma consciente. A importância da escuta surge numa análise mais ampla do caso de Roberto como um fator, talvez não único, mas certamente relevante, que possibilitou a eventual emergência de conteúdos que despertaram grande ansiedade e angústia.

Birman (2006) escreveu que a partir da abordagem de resistência em Freud (1895) apresentado no ensaio sobre *Psicoterapia da histeria* que a transferência seria uma das possibilidades de expressão da resistência e atuaria no sentido de desviar o paciente do processo que estaria se iniciando, processo no qual há um aclaramento dos sintomas e, assim também, experiência de dor.

Houve o surgimento da transferência erótica que ocorreu nos primeiros seis meses da tutoria. As tutoras num certo ponto dos atendimentos sentiram-se desconfortáveis e desmotivadas durante as visitas. Uma questão envolvendo mulheres – profissionais como sua fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga que o atendia anteriormente - na vida de Roberto acabou sendo relacionada também aos constantes convites feitos por ele para que as tutoras fossem conhecer seu sítio, onde poderiam passar alguns dias. Esta forma de transferência cumpriria o papel de desviar o paciente de um contato com questões suas e possivelmente vivenciar uma dor. É interessante ressaltar também que, apesar do livro “Arquivos do mal-estar e da resistência”de Joel Birman (2006) ter um enfoque no conceito de resistência mais voltado para o campo da política, tal conceito também se aplica à resistência no campo da Psicologia quando o autor explica a resistência como uma reação contra as intenções do outro no sentido de manter a integridade do seu território. Tais explanações do que seria resistência demonstram o caminho para se entender um porquê de tal fenômeno.

Esta resistência poderia ser abordada também numa relação com o estágio de negação definido por Kübler-Ross (1987). A intenção de evitar uma experiência de dor através da transferência – configurando assim o que se viu até aqui como resistência – não é uma “estratégia” consciente. A negação neste caso agiria como “anteparo” até o paciente ter tempo para se recuperar (Kübler-Ross, 1987). No caso de Roberto episódios de negação aparecem de tempos em tempos quando ele se refere a querer mudar para seu sítio, pois lá

terá maior liberdade e mais alternativas do que fazer; a cidade tem uma boa infra-estrutura, tem hospital, “tem tudo”, segundo ele.

Em diversos momentos, a escuta durante os atendimentos se deu de forma bastante difícil. A fala sobre o clima, sobre seu sítio, sobre seus netos, etc. acabava sendo repetitiva. Numa dada visita, notou-se que mesmo as palavras usadas por Roberto eram repetidas e, quando era solicitado que explicasse melhor, ele somente trocava tal palavra por um sinônimo naquela frase dita anteriormente. A partir desta mesma escuta, apesar da dificuldade em mantê-la, surgiram conteúdos diferenciados e mais ligados ao próprio paciente que a aspectos externos a ele, como por exemplo seu sítio. Alguns meses atrás – mais de dois anos após o início da tutoria – Roberto falou do momento em que recebeu o diagnóstico, assunto que nunca tinha trazido antes. Mais recentemente, enquanto falava sobre o clima seco, contou sobre uma noite em que acordou e havia muito sangue em seu travesseiro e ele teve medo que fosse derrame, ficou assustado. O fato de revelar estados que destoam da afirmação constante de que “está tudo bem” já merecem ser destacados. Em um dos encontros falou sobre sua dificuldade em dormir. Estes atendimentos mencionados podem ser entendidos como resultados . a longo prazo, do processo de escuta, ou seja, foi preciso acima de tudo tempo e o estar com o outro da maneira que lhe foi possível para que tais conteúdos emergissem.

Considerações Finais

Esses dois casos ilustraram o desenrolar de um processo de tutoria, demonstrando a importância de os tutores poderem estar ao lado de seus pacientes, tal como é possível para eles naquele momento, respeitando o modo pelo qual se apresentaram nos atendimentos. A escuta atenta e compreensiva, o espaço de sustentação e a disponibilidade presentes foi o que permitiu a emergência de conteúdos mais ansiógenos dos pacientes.

O espaço da tutoria aberto para que os pacientes falem de si e tragam aspectos importantes de suas vidas, pode tanto trazer essas temáticas, como abranger discussões mais cotidianas ou o acompanhamento de atividades rotineiras. Essa abrangência não é algo

que impossibilita o trabalho de tutoria, pelo contrário, acaba sendo um aspecto que favorece o fortalecimento do vínculo entre tutores e paciente.

Muitas vezes, no desenrolar desse processo, os pacientes se utilizam de defesas, de forma inconsciente, demonstrando resistência, negação, comunicando para seus tutores o sofrimento e a angústia que determinadas reflexões trazem. Essa dinâmica pode acontecer por tempo prolongado e é importante que os tutores sejam amparados pela supervisão para lidar com as angústias e frustrações que podem emergir neles mesmos.

Referências

Birman, J *Genealogia da Resistência*. In. Birman, J. Arquivos do mal-estar e da resistência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Kubler-Ross, E *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Oliveira, ASB; Quadros, AAJ; Silva, HCA; Chieia, MA; Pereira, RDB & Fernandes, E *Livreto Informativo ELA:* Esclerose Lateral Amiotrófica. São Paulo: Guinom Ltda, 2009.

Steiner, ALF; Abreu Filho, AG; Silva, HCA; Quadros, A; Tardivo, LSPC *Parceria Abrela/Apoiar:* O papel da psicologia clínica social no relato de experiências vividas nas visitas domiciliares feitas aos pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) e alunos de psicologia. In: Tardivo, L.S.P.C & Gil, C.A. (Orgs.) Apoiar: novas propostas em psicologia clínica. São Paulo: Sarvier, 2008.

Winnicott, DW *O Valor das Consultas Terapêuticas*. In. Winnicott, C, Shepherd,R. (orgs.) D.W. WINNICOTT – Explorações Psicanalíticas. Pouso Alegre: Artes Médicas, 1965.

VISÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA E FISIOTERAPIA SOBRE A ESCUTA A UM PACIENTE COM ELA.

Larissa Santilli
Ester Mendes
Ana Luiza de Figueiredo Steiner[)],
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Helga Cristina de Almeida Silva
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Resumo: O trabalho tem por objetivo apresentar o relato e as reflexões de uma dupla de tutoras (uma fisioterapeuta e uma estudante de Psicologia) sobre a experiência multidisciplinar de escuta a um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica. O método utilizado foi a análise do relato pessoal das tutoras, referente às visitas realizadas, havendo a compreensão da operacionalização da tutoria como uma escuta acolhedora. Foi uma experiência difícil, mas rica que mostrou processo de organização entre paciente e tutoras, no aspecto da confiança, a vontade do tutor em ajudar e a vontade do paciente em ser ajudado. A cada visita percebeu-se que o paciente apresentou sinais de confiança na dupla ao falar da progressão da doença, da necessidade de apoio psicológico, de morte e vida. Mesmo com profissões diferentes, as tutoras se uniram com o mesmo propósito nesse projeto. Isso tem agregado valores que serão levados para a vida profissional de cada uma das tutoras. Conclui-se que a tutoria é uma experiência enriquecedora tanto do ponto de vista pessoal como profissional. A convivência entre áreas diferentes contribui para ampliar a compreensão que se tem do paciente com ELA e, assim, melhorar a qualidade da escuta a ele oferecida.

Palavras-chaves: Esclerose Lateral Amiotrófica; Escuta; Trabalho multidisciplinar

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é definida como uma doença do neurônio motor (neurônio motor superior e neurônio motor inferior), que é degenerativa e progressiva, sendo suas principais características a perda de potência e de força muscular dos membros superiores e inferiores e da musculatura bulbar (Miller et al, 2011). Segundo Katzberg & Benatar,(2011) os sintomas iniciais mais freqüentes são aqueles relacionados com a fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores, mas enfatiza que aproximadamente 30% das pessoas com ELA desenvolvem os sintomas bulbares.

Visão da fisioterapeuta:

"Quando escutei sobre o Projeto Tutor pela primeira vez me interessei logo à primeira vista, e fui procurar os coordenadores responsáveis para tentar entender melhor o intuito do projeto. Quando fui falar primeiramente com a Psicóloga Ana Luiza de Figueiredo Steiner, em seu consultório, fiquei entusiasmada e ao mesmo tempo assustada com a idéia de somente ouvir. Na minha área de Fisioterapia, aprendemos a tocar, ensinar os movimentos novamente, instruir sobre a melhor maneira de se caminhar ou de realizar os exercícios, visando sempre uma melhora funcional. Acabamos treinando a parte da escuta muitas vezes, já que estamos muito próximos dos pacientes e muitas vezes estamos "vivendo com ele" o momento triste, de doença, de tentativas de recuperação, de esperança, de acolhimento, de cuidado. Mas esse não é o intuito primário. Portanto quando percebi que no Projeto Tutor a maior conquista é a de que o paciente confie, e tenha um apoio emocional, fiquei com medo de não saber como ajudar.

No caso das doenças neuromusculares, onde lidamos com morte e vida o tempo todo, pude perceber nesse tempo participando do Projeto Tutor o quanto enriquecedora essa idéia

é. A cada visita, uma surpresa. Não conseguimos muitas vezes nem sequer imaginar como será. Toda vez que saímos da casa do paciente pensamos muitas coisas. Às vezes saímos felizes, às vezes tristes, pensamos como naquele dia a nossa presença foi significativa, ou o quanto incomodamos o paciente.

A cada reunião após as visitas, onde tenho a oportunidade de entender melhor as análises feitas pelo Psicólogo Antonio Geraldo de Abreu Filho e os outros colegas, percebo como o paciente galga degraus, juntamente com o tutor, no que se diz respeito aos seus medos, a confiança, a gratidão pela sua visita naquele momento.

Como fisioterapeuta estou ficando muito mais atenta a pequenos detalhes, falas, gestos que podem me mostrar algo que esse paciente esta querendo falar, nem sempre com palavras ou frases prontas. Tenho claro que essa experiência está trazendo e trará uma parte muito enriquecedora como pessoa e como profissional, me ajudando a lidar melhor com a angústia das pessoas e com a minha própria angústia. Antes de iniciar a participação no projeto eu pensava que para ajudar eu deveria falar, agir e estou percebendo que muitas vezes, o que as pessoas com doenças progressivas e degenerativas precisam é da presença e da sua escuta acolhedora de outro ser humano".

Visão de uma estudante de Psicologia:

"Eu estava cursando o terceiro semestre da graduação quando Antonio Geraldo de Abreu Filho, do Laboratório APOIAR, fez divulgação sobre o Projeto Tutor para minha turma, convidando-nos a fazer parte do mesmo. Tive interesse em participar e passei a freqüentar as reuniões semanais do projeto. Lemos "Sobre a morte e o morrer", de Elisabeth Kübler-Ross (1987), e discutimos questões relacionadas ao adoecimento em geral e à esclerose lateral amiotrófica em particular. Pude ouvir relatos de pessoas que já estavam participando da tutoria e me sensibilizar com a história de vida de alguns pacientes, contadas pelos tutores. Através dos relatos, eu sentia que conhecia aqueles pacientes há tempo, embora nunca os tivesse visto pessoalmente. Essas reuniões foram muito importantes no sentido de me

preparar para o contato que eu viria a ter com o paciente. Alguns meses depois, chegou o momento de eu ter a minha primeira experiência de tutoria. Fiquei assustada, apreensiva e senti-me incapaz e impotente. Fantasias ameaçadoras sobre o encontro com o paciente emergiram em minha mente e eu temia não ter respostas e não saber o que falar. Lembro-me de ter memorizado algumas frases prontas para o caso de haver um silêncio embaraçoso na primeira visita.

Essa questão do silêncio bem como minha especulação ansiosa sobre as expectativas do paciente a meu respeito pelo fato de eu ser "representante" da Psicologia foram os principais desafios experimentados por mim no início da tutoria. O que eu deveria falar? O que ele estava esperando ouvir? Poderíamos ficar em silêncio? Ele esperava que eu tivesse respostas para sua situação? Ele me respeitaria mesmo sabendo que ainda sou estudante? Outro ponto crucial em minha trajetória na tutoria foi o papel de escuta desempenhado pelo tutor. A proposta do Projeto Tutor é criar um espaço onde o paciente possa falar sobre o que desejar e ser ouvido. Para mim, foi difícil entender que a "simples" escuta empática já é extremamente terapêutica. Eu ficava inquieta pensando que precisava dizer algo eficaz, algo que pudesse ser chamado oficialmente de "intervenção", cética de que "apenas" uma conversa informal fosse, de fato, de grande valia para o paciente.

Embora o enfoque do Projeto Tutor seja principalmente o paciente com ELA, tem sido também possível notar, ao longo das visitas, o impacto da doença sobre os familiares, especialmente se eles estão ativamente envolvidos no cuidado do paciente. A família funciona como uma teia, na qual cada membro tem seu papel, sua função. "Quando um dos familiares adoece e não pode mais cumprir o seu papel, há um desequilíbrio que desencadeia uma crise, obrigando a uma reorganização interna da família." (Couto, C.B.do., 2004). Assim, temos observado a dinâmica familiar e a forma como a ELA tem repercutido especialmente sobre a esposa do paciente, que é a única cuidadora atualmente.

A tutoria tem sido uma experiência muito enriquecedora e gratificante. Temos notado que um vínculo está sendo construído entre nós, tutoras, e o paciente, juntamente com sua família. Ao longo das visitas, o paciente tem dado sinais de que está, aos poucos, se abrindo

para compartilhar sobre suas angústias e seus temores. Além da questão relacional, vale destacar a importância da prática para a formação em Psicologia. Através das supervisões, tenho tido oportunidade de compartilhar impressões e discutir a teoria a partir do que foi vivido nas visitas. Ao mesmo tempo, isso representa um desafio, especialmente devido ao fato de eu ainda estar na graduação e não ter experiência clínica: aproximar-me do paciente sem tentar, de antemão, "encaixá-lo" nos conceitos teóricos discutidos na supervisão ou em sala de aula".

O trabalho multidisciplinar: reflexões e desafios

Pensamos que a interação entre duas pessoas de áreas diferentes – Fisioterapia e Psicologia- e a troca de experiência multidisciplinar têm conferido maior riqueza à nossa experiência de tutoria. Temos ampliado nossa visão sobre o paciente com ELA, transpondo as fronteiras de nossas profissões e vendo o paciente por outras perspectivas. Em outras palavras, a fisioterapeuta passa a prestar atenção em aspectos psíquicos e, para a estudante de Psicologia, aspectos tão importantes como a respiração e o modo como o paciente caminha deixam de passar despercebidos. Se antes a questão do tempo dedicado ao Projeto Tutor nos preocupava, agora nos sentimos tão envolvidas com o projeto que a tutoria já faz parte da nossa vida. A experiência multidisciplinar, por outro lado, também apresenta desafios. Entre eles, transitar entre termos técnicos e pontos de vista próprios de cada área, com os quais às vezes não temos muita familiaridade. Outro desafio consiste em nos desfazermos dos "rótulos" e termos a clareza de que vamos até o paciente como tutoras prontas para escutá-lo e não como representantes da Fisioterapia e da Psicologia. Isso pode ser, por vezes, difícil, uma vez que nos sentimos tentadas a intervir com as ferramentas de nossas áreas. Por exemplo, dar orientações sobre como melhorar a qualidade de marcha do paciente. No entanto, sabemos que essa não é a proposta do projeto.

Por fim, a tutoria e o trabalho multidisciplinar têm agregado desenvolvimento à nossa vida profissional. O contato com outros pontos de vista assim como a receptividade acolhedora do

paciente com ELA têm nos tornado mais sensíveis à questão do sofrimento humano, o qual não se restringe à Fisioterapia ou à Psicologia, mas é inerente à vida.

Referências Bibliográficas:

COUTO, C.B. do. – *O paciente oculto: revelando as conseqüências que o cuidar de um paciente portador de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar.* Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

KATZBERG, H.D., BENATAR, M. *Enteral tube feeding for amyotrophic lateral sclerosis / motor neuron disease.* Cochrane Database of Systematics Reviews. Issue 6, 2011.

KUBLER-ROSS, E – *Sobre a Morte e o Morrer.* Martins Fontes, 2002.

MILLER, R.G. *et al.Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis (ALS)/ motor neuron disease (MND).*Cochrane Database of Systematics Reviews. Issue 6, 2011.

TUTORIA A UM PACIENTE ATÉ O MOMENTO DA MORTE E A REAÇÃO DE SUA ESPOSA-CUIDADORA

Luan Paiva Santos
Renata Machado Ramos
Ana Luiza de Figueiredo Steiner
Antonio Geraldo de Abreu Filho
Helga Cristina de Almeida Silva
Acary Souza Bulle Oliveira
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Introdução: Tutoria domiciliar realizada por uma dupla de tutores a um paciente com ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) até o momento de seu óbito.

Objetivo: Amparo ao paciente e sua família frente à doença e na formação profissional dos estudantes de Psicologia.

Método: Estudo de Caso e supervisão dos encontros entre tutores, paciente e seus cuidadores em ambiente domiciliar.

Resultados: Espaço de escuta onde paciente e familiares partilharam o sofrimento. A família respeitou as opiniões do paciente e reconheceu o trabalho dos tutores. Após o óbito do paciente a família demandou a continuação da tutoria.

Conclusão: A tutoria possibilitou acolhimento às angústias do paciente e a seus familiares. O paciente permaneceu em estado de negação mesmo com a evolução da doença.

Palavras-chaves: esclerose lateral amiotrófica; tutoria; acolhimento; óbito; cuidador.

Este relato tem o objetivo de descrever a experiência obtida durante vinte e quatro meses no acompanhamento a um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) de sua cuidadora principal e esposa e demais familiares através do Projeto ABrELA/TUTOR, parceria entre a ABrELA - Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica e do Laboratório APOIAR de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Projeto ABrELA/TUTOR.

A família assistida nesta tutoria que ora relatamos, formou-se da união de um casal de migrantes do nordeste. Deslocaram-se para São Paulo em busca de melhores condições de vida com as oportunidades oferecidas no ramo da construção civil nos anos 80. Deste matrimônio nasceram dois filhos, uma filha casada e com três filhos que presta o auxílio possível à família em sofrimento com a doença do pai e um filho mais novo que ainda é solteiro. Esse filho vive com os pais e, atualmente, é responsável por parte das despesas, além do auxílio doença que o paciente passou a receber após o diagnóstico final de ELA. Sua esposa sempre foi dona-de-casa, portanto não tem rendimentos. Cabe ressaltar que pacientes portadores de uma doença degenerativa dos neurônios motores têm necessidades especiais no que se refere aos cuidados com a respiração, a deglutição, a locomoção, além de medicamentos de alto custo. Por se tratar de família de baixa renda, as dificuldades financeiras tornaram o quadro ainda mais complexo.

O paciente relatava com freqüência acontecimentos de sua infância em uma cidade pequena no interior de seu estado natal como oitavo filho de uma família grande, humilde e de educação bastante rígida. Relatou que por diversas vezes se alimentou de pequenos animais que caçava e de frutas de pomares vizinhos. Ainda em sua infância, após uma briga com o pai, decidiu passar a se sustentar vendendo alguns animais que caçava e consertando bicicletas para obter dinheiro.

Conheceu sua esposa em um baile na região onde moravam e depois, conforme já mencionado neste relato, mudaram-se para São Paulo. Após muitos anos de trabalho em construção civil, o paciente teve, no final do ano de 2008, pela primeira vez, dificuldades de

segurar um tijolo com a mão esquerda. No momento acreditou que se devia ao fato de ter dormido sobre o braço, porém nos dias seguintes passou a não mais conseguir segurar os tijolos também com a mão direita. Em fevereiro de 2009, o paciente deixou de trabalhar como pedreiro. Passou a coordenar uma pequena equipe que fazia os serviços para os quais ele era contratado. Foi quando a família decidiu levá-lo ao posto de saúde mais próximo de sua casa e lá receberam, do médico de plantão, o diagnóstico de hipertensão. Passou a tomar os remédios prescritos, porém não notou melhora alguma em seu quadro. Assim sendo, decidiram ir a outro posto de saúde, na mesma região, onde receberam um novo diagnóstico de acidente vascular encefálico junto à recomendação de consultarem um neurologista. Através da indicação de uma amiga de sua filha, o casal buscou um neurologista em um posto de saúde próximo ao Hospital das Clínicas para verificar o tratamento adequado para o acidente vascular cerebral. Uma vez em consulta com esse neurologista, após uma breve avaliação, souberam que não se tratava de acidente vascular, mas sim de outra doença grave. Partiram para o Hospital das Clínicas imediatamente onde estiveram até às 23h00min daquele dia, mas tudo que conseguiram foi marcar exames para quatro meses depois. Assim, a filha resolveu levar o paciente até o Hospital São Paulo e, como não tinham encaminhamento médico de um posto de saúde do bairro onde fica sua residência, a filha disse aos médicos que o pai estava passando mal. Foi desta maneira que a família finalmente chegou aos médicos da ABrELA e ao diagnóstico final de ELA. A equipe médica se reuniu ao redor do casal para explicar sobre os sintomas da doença e o tratamento. Informaram que se tratava de uma doença neurodegenerativa progressiva, incurável, porém passível de um tratamento que incluiria um único medicamento, terapia com fonoaudiólogos e fisioterapeutas, acompanhamento nutricional, entre outros. Todo o processo, desde o primeiro atendimento médico até diagnóstico final dos médicos da ABrELA, levou cerca de seis meses.

A tutoria foi iniciada dois meses após o diagnóstico junto aos médicos da ABrELA. Foi feito um primeiro contato telefônico para verificar a disponibilidade de horário para as visitas domiciliares. Ao longo das cinqüenta e sete visitas até o falecimento do paciente, pudemos constatar a presença de alguns dos estágios descritos por Elisabeth Kubler-Ross (2005) em

seu livro Sobre a Morte e o Morrer. Cabe ressaltar o estágio de negação como mecanismo de defesa mais acentuado observado no referido paciente. Kubler-Ross observa que freqüentemente o paciente com uma doença incurável, após o impacto inicial causado pelo diagnóstico, passa por um estágio de negação da doença. Muito embora a escritora observe que o paciente tende a se desligar desse estágio aos poucos passando a utilizar outros mecanismos de defesa, o paciente em questão se manteve em negação até seu falecimento. Mesmo após a piora acentuada de seu estado de saúde com sintomas pré-informados pelos médicos e claramente presentes em seu dia a dia não foi observado qualquer indício de abandono da negação da doença. Cabe citar a fala do paciente quando informado que teria que passar por uma cirurgia de gastrostomia reagindo firmemente dizendo que não seria necessária a cirurgia porque ficaria curado antes que a mesma fosse realizada.

Outro estágio citado por Kubler-Ross (2005) e evidenciado nas visitas domiciliares foi o estágio de barganha. Menos freqüente que a negação, a barganha pôde ser observada em alguns momentos na fala do paciente. A barganha se apresentava como um acordo que o paciente fazia com intuito de adiar a abreviamento involuntário de sua vida por conta da doença. Kulber-Ross (2005) cita ainda que o paciente se comporta feito uma criança que crê que se pode ser recompensado por um comportamento adequado. Na realidade, com esse bom comportamento o paciente busca um prolongamento da vida agora ameaçada por uma doença incurável. No caso do referido paciente, foi verificado um discurso sobre não mais beber ou fumar que iria perdurar até mesmo depois de se curar. Outro exemplo de barganha foi seu interesse pelos cultos evangélicos realizados em seu bairro sendo que não foi observada em sua narrativa qualquer tendência religiosa no período anterior à doença. Nos seus momentos de reflexão foi freqüente a frase: “Para Deus tudo é possível. Ele vai me curar”. Nessa frase foi possível identificar a expectativa do paciente de ser compensado pelo bom comportamento no que se refere ao não beber e não fumar, assim como a dedicação religiosa. No dia anterior ao seu falecimento, conforme relatado pelos familiares, o paciente solicitou que os pastores viessem a sua residência fazer o culto e depois pediu para ouvir os louvores pelo rádio e pela televisão ao longo de todo o dia.

Ao longo da tutoria foi notado que os comentários sobre a doença se limitaram aos aspectos físicos. Nas aplicações dos questionários breves comentários sobre o sofrimento por deixar de ser produtivo, por não poder mais praticar esportes e por ter que se limitar ao dia a dia dentro de casa foram tecidos. Contudo, não houve menção elaborada acerca do sofrimento psíquico pelo enfretamento da finitude da vida de maneira tão abrupta, apenas declarações pontuais sobre o medo de morrer durante o sono. A rotina do paciente incluía assistir televisão ao longo do dia e da noite, ouvir programas de rádio, tomar banho, se alimentar, receber os familiares, amigos, tutores, reguladores do aparelho BiPAP e os pastores da igreja evangélica. Nos últimos dois meses de vida esteve internado no Hospital São Paulo duas vezes por conta de problemas respiratórios. Aos familiares foi dada a opção de entubá-lo para diminuir seu sofrimento, porém eles, de comum acordo, não deram permissão para o procedimento. Os familiares e em especial a esposa demonstraram claramente, neste momento, a importância de levar em consideração os sentimentos e opiniões do paciente garantindo-lhe a soberania do direito de escolha, o mesmo aconteceu ao respeitarem o pedido dele de impedir qualquer procedimento cirúrgico indesejado, como a gastrostomia. Ao final de ambas internações, o paciente foi transferido de volta para sua residência, quando os responsáveis entenderam que não havendo meios de recuperação da saúde permanecia a necessidade de ele viver o tempo possível com o máximo de apoio e carinho da família.

A tutoria também se destina a acompanhar e acolher as angústias e o sofrimento dos cuidadores do paciente. A cuidadora principal, a esposa é uma pessoa em que foram notadas qualidades como paciência, agilidade e cuidado amoroso no auxílio ao paciente ao longo de todo o período da doença. Teve sua rotina totalmente alterada para que cuidasse do paciente. Além do desgaste emocional, foi observado o desgaste físico pelo comprometimento na qualidade do sono (paciente a solicitava por diversas vezes ao longo do dia e da noite), pelas dores por todo corpo (resultado do esforço físico em carregá-lo, levantá-lo, banhá-lo e vestí-lo) e pelo aumento acentuado no número de cigarros consumidos ao longo do dia. Sua esposa sempre esteve bastante consciente da realidade da doença tanto no que se refere à

progressão dos sintomas e a necessidade de cuidados especiais, quanto ao fato da doença ser incurável. Mesmo assim a cuidadora jamais confrontou o paciente em seus momentos de barganha e negação. O paciente também contou com o carinho dos filhos, netos sempre presentes, além de sua mãe que veio do nordeste para estar com ele. A dinâmica da família revelou o quão fundamental é o apoio familiar no enfrentamento da doença.

O envolvimento da família e principalmente a dedicação integral da cuidadora nos remetem o conceito de *holding* definido por Winnicott (1998) como um período em que a mãe ou substituta resguarda o bebê dos perigos e agressões do cotidiano acolhendo-o em seus braços e seguindo uma rotina de cuidados constantes atenta às alterações materiais e subjetivas do ambiente.

O paciente veio a falecer no início do mês de agosto de 2011, em casa e amparado pela esposa. Os tutores foram chamados e compareceram ao enterro realizado no dia seguinte. Ao final do enterro, tanto a esposa do paciente, quanto seus dois filhos pediram que os tutores continuassem com as visitas. A solicitação foi atendida; ao longo do mês de agosto as visitas foram semanais, no mês de setembro quinzenais e no mês de outubro a cada 21 dias. Ficou acordado que as visitas se darão até dezembro quando o trabalho de tutoria se encerará.

Foi observada a boa condição psíquica que a cuidadora demonstrava ter dado seu equilíbrio e resignação ao lidar com a doença de seu marido. Após o falecimento do paciente, quando houve imenso sofrimento de sua parte e também da parte de outros familiares, a cuidadora logo recuperou seu equilíbrio se ocupando no cuidado com os netos. Seus relatos incluíam uma sua visita ao túmulo do marido em seu aniversário, os sonhos que tem como ele saudável, a saudade que lhe aperta o coração, porém sempre confiante e tranqüila de que fez tudo que lhe foi possível fazer (dentro de suas condições financeiras) para o bem-estar de seu marido.

No que se refere à experiência dos tutores, identificamos as variadas considerações construídas a partir do relacionamento com a família e discussões com orientadores e tutores do projeto a respeito dos modos de escuta, dos sentimentos de impotência vividos diante da

condição do outro, do lidar com as expectativas e frustrações inerentes a experiência da tutoria e da importância da humanização do atendimento. Vale ressaltar a receptividade da família ao projeto, assim como a necessidade de atenção e acolhimento de seu sofrimento manifestada por cada um de seus membros. As visitas semanais foram momentos diferenciados onde o paciente demonstrava grande alegria com a chegada dos tutores sendo freqüentes os comentários sobre a mudança de humor do paciente que estava a se lamentar por sua situação. Por outro lado as visitas domiciliares propiciaram à cuidadora um momento especial, pois podia falar sobre a evolução da doença e também sobre suas dores físicas, conseqüências do esforço físico que demandava o cuidado ao paciente. Por diversas vezes os tutores, que sempre foram recebidos como se fossem membros da família, receberam palavras de agradecimento por todo apoio ao longo do período em que o paciente esteve doente.

A experiência do Projeto Tutor tem promovido o desenvolvimento da escuta, a ampliação da concepção de acolhimento e compreensão do sofrimento alheio, além de possibilitar novos entendimentos sobre as maneiras de promoção do amparo psicológico e reflexões pertinentes acerca dos posicionamentos e indagações do terapeuta no enfrentamento do desligamento do paciente. Subsídios imprescindíveis para aqueles que estão em formação na área de Psicologia.

Cabe a reflexão sobre a postura de nossa sociedade sobre o paciente com uma doença incurável. Se os últimos dias, meses e anos de vida de um paciente com uma doença incurável e terminal é quando normalmente se escuta que não há mais nada a ser feito, ressaltamos que nossa experiência como tutores nos mostrou justamente o contrário. Considerando que o ser humano é formado de corpo, mente e espírito, nos pareceu evidente que, no caso da ELA, o campo físico adoece, e os demais campos seguem necessitando de cuidados até que a vida física chegue a seu fim - quando ainda nos restará acolher os que aqui ficam: seus cuidadores.

Referências:

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. Martins Fontes, São Paulo, 2005.

WINNICOTT, DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1988

ATENDIMENTO CLÍNICO- CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA EDAO

Claudia Helena de Araujo Zogheib
Kayoko Yamamoto
APOIAR
Universidade de São Paulo

Este atendimento foi realizado no Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP pelo projeto APOIAR. A paciente tem 38 anos, casada há seis anos. É formada em Administração e trabalha numa empresa estrangeira . Seu marido é funcionário público.

Sua mãe mora com ela desde que seu pai faleceu em outro Estado dois anos e meio antes do atendimento. Com a mãe, a paciente mantém uma relação de dependência e em vários momentos ela verbalizou que quando chega em casa, gosta de deitar no colo da sua mãe.

Tem uma irmã que mora em São Paulo e é casada e tem uma filha Segundo ela, a relação com seu marido é estável, mas diz que algumas vezes ele verbaliza que precisam ter mais tempo juntos, somente eles.

Procurou atendimento psicoterápico por estar tentando ter filhos há dois anos e não estar conseguindo. Havia tentado inseminação artificial e estava muito deprimida por não ter

tido sucesso nesta tentativa. Disse que tentaria uma última vez, mas gostaria antes de fazer psicoterapia por indicação do seu médico, e também por achar que estava precisando.

Após duas sessões de entrevistas, começamos os atendimentos. Sempre a paciente trazia seus questionamentos sobre enfrentar uma gravidez, numa relação pouco envolvida, parecendo ter pouco contato com esta realidade.

No primeiro atendimento a paciente estava muito ansiosa, e sua fala era de alguém que queria ter filhos, principalmente por seu marido expressar grande vontade de ser pai.

Classificando a paciente sob o enfoque da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada), foi possível diagnosticar que a paciente encontrava-se num Nível de Adaptação Não-Eficaz, Severa (Grupo 4) em crise.

ADEQUAÇÃO SETOR	ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	POUQUÍSSIMO ADEQUADO	EM CRISE
Afetivo-Relacional		++		
Produtividade	+++			
Sócio-Cultural	+++			
Orgânico			+++	++

Analisando a tabela, era perceptível que a paciente necessitava de atendimento duas vezes por semana, mas no momento não era possível. Assim os atendimentos aconteciam uma vez por semana.

No quarto encontro, a paciente já havia feito a segunda inseminação, e sua fala era ainda de alguém que não se sentia grávida.

Demonstrava pouco conhecimento quanto ao procedimento de inseminação. Sempre falava como se estar grávida fosse uma situação que talvez viesse um dia fazer parte de sua vida, e que não sabia se faria um dia.

Observamos que a paciente em vários aspectos apresentava grande ambivalência com relação aos aspectos citados acima, de querer ter filhos, mas de não se sentir grávida. Ao mesmo tempo em que queria engravidar e já havia feito outra inseminação, em vários momentos demonstrava não se sentir grávida. Procurou me atentar no sentido de que seus pensamentos, e seu estado emocional não coincidiam com a realidade presente.

Para Segal (1973), o inter-relacionamento entre fantasia inconsciente e realidade externa é muito importante, pois permite avaliar a importância do ambiente no desenvolvimento.

Em muitos momentos ela dizia (após a inseminação): “... se eu estiver grávida ...”.

Começamos a conversar sobre o fato dela estar num momento, onde a gravidez já estava instalada, pois o processo de inseminação já havia sido feito. Procurei conversar com ela sobre seus medos,com cuidado. considerando seu estado emocional no momento, de tantas incertezas, de tantas duvidas.

O fato real era: esta gravidez virá a termo? Este talvez fosse um dos medos reais , de não saber se vai conseguir levar esta gravidez até o final.

Era perceptível que a paciente apresentava grande dificuldade em passar da condição de filha para a condição de mãe, e procurávamos conversar que estar grávida, também significava sair de uma condição e entrar para outra, sem necessariamente sair da primeira condição: de filha.

Trabalhamos em nossos encontros o fato de que após inseminação, em nove dias já é possível detectar uma gravidez, sendo necessário observar se a gravidez viria a termo, e que tipo de gravidez seria a sua.

Depois de 20 dias a primeira ultra-sonografia foi realizada e ela estava grávida de três bebês. Sua alegria foi imensa.

Tivemos mais oito encontros, e neste período a paciente teve um bebê morto dentro do útero. Ela ficou um pouco abalada, mas sua alegria superou qualquer motivo para a tristeza.

Aos poucos, ela passou a confeccionar seu enxoval, e enquanto fazia crochê, tricô, ela expressava o quanto preparar o enxoval a ajudava a se preparar para receber os seus bebês. Enquanto conversávamos sobre seus sentimentos, aos poucos ela ia se apropriando de sua gravidez e passando a falar: meus bebês, para depois chamá-los pelo nome.

Para Winnicott (1979), cada ser humano traz um potencial inato para amadurecer, para se integrar; porém, o fato de essa tendência ser inata não garante que ela realmente vá ocorrer. Isto dependerá de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons.

No início, esse ambiente deve ser representado pela mãe, e percebia que a confecção do enxoval, a ajudava integrar dentro de si a função materna.

Nossos encontros acabaram quando ela passou a ter que fazer repouso absoluto por causa dos seus filhos. A paciente que precisou assar por procedimentos médicos e fazer repouso)

No último encontro a paciente foi orientada a procurar atendimento depois de ter os seus bebês, e quando elas nasceram ela telefonou dando a noticia do nascimento.

A paciente demonstrou ter superado a crise , mas com muitos aspectos a serem trabalhados . Foi orientada a retornar a psicoterapia quando pudesse, após sentir-se segura de deixar seus bebês. A paciente pode partilhar essa grande conquista e se mostrou satisfeita , e ficou de retornar

REFERÊNCIAS

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

WINNICOTT, Espaço. Winnicott: A Cultura Familiar, disponível em internet. http//www.espacowinnicott.com.br.

O BRINCAR DE UMA CRIANÇA ABRIGADA POR MOTIVO DE NEGLIGÊNCIA, NO CONTEXTO DO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

Christiani Martins Rodrigues Tironi
Maria Aparecida Mazzante Colacique
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR
Universidade de São Paulo

RESUMO

A psicologia, em especial a psicanálise, reconhece a importância do brincar como forma de comunicação da criança de aspectos sadios ou não de seu desenvolvimento emocional. Esta concepção permite que o atendimento psicoterápico de crianças possa se centrar no brincar como uma maneira de compreender os processos psicodinâmicos da criança e de intervenção psicológica. Estudiosos da área de violência doméstica contra a criança e o adolescente vêm demonstrando as conseqüências nefastas desta na saúde global de suas vítimas. Assim, para compreender como o brincar de uma criança abrigada por motivo de negligência pode se manifestar no processo psicoterápico, o presente estudo utiliza-se do relato de um caso e baseia-se na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. A criança iniciou o processo terapêutico apresentando uma incapacidade de brincar, como se ocupar esse lugar intermediário, entre o dentro e o fora, entre a criança e o terapeuta, se configurasse como uma ameaça de destruição. Em termos de intervenção, o objetivo do processo psicoterapêutico consistiu em propiciar condições para que a criança pudesse usar o lugar potencial do brincar, podendo abandonar o controle onipotente da não diferenciação, e

surgindo relações interpessoais menos ameaçadoras.

Palavras-Chaves: Violência, Brincar, D. W. Winnicott, Processo Psicoterapêutico

Introdução

Já há bastante tempo, a psicologia, em especial a psicanálise, reconhece a importância do brincar como forma de comunicação da criança de aspectos sadios ou não de seu desenvolvimento emocional. Esta concepção, elaborada mais profundamente a partir de Melaine Klein, permite que o atendimento psicoterápico de crianças e pré-adolescentes possa se centrar no brincar como uma maneira tanto de compreender os processos psicodinâmicos da criança, como de intervenção psicológica. Em contrapartida, estudiosos da área de violência doméstica contra a criança e o adolescente (VDCA) vêm demonstrando sistematicamente as conseqüências nefastas desta na saúde global de suas vítimas. Entendendo saúde global como os aspectos emocionais, cognitivos, físicos e sociais de um indivíduo. Nesse sentido, conhecer as possibilidades do brincar e relacioná-las a VDCA, permite à psicologia infantil aprofundar seu conhecimento sobre os efeitos desta no desenvolvimento emocional, bem como aprimorar a sua intervenção junto às crianças vítimas de violência doméstica.

O caso relatado neste estudo é atendido no Serviço APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

De acordo com Azevedo e Guerra, a VDCA 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 condição peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO & GUERRA, 1997, p.11).

Como tipos de VDCA, as autoras (IBID, 2000) descrevem a Violência Física, Sexual, Psicológica, Negligência e Violência Fatal. Para atender os objetivos deste trabalho, iremos definir apenas a negligência.

Segundo Guerra (1998) e Riva (apud MILANI & LOUREIRO, 2008), a negligência é caracterizada como o abandono parcial ou total da criança e do adolescente por parte de seus responsáveis, que 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. De acordo com Ethier e Milot (2009), a negligência é a omissão de um comportamento dos pais, ou responsáveis, necessário para o bom desenvolvimento bio-psico-social da criança. Estes autores, assim como Azevedo e Guerra (1998), ressaltam a falta de estudos sobre a negligência e a necessidade de maior número de pesquisas para se conhecer as conseqüências dessa violência na saúde global das crianças e adolescentes.

O Brincar e como Indicativo do Desenvolvimento Emocional da Criança

De acordo com Efron e col (2009), a atividade lúdica ou o brincar é a forma de expressão da criança, do mesmo modo que o adulto se utiliza da linguagem verbal. Assim, o contexto psicoterapêutico possibilitaria, à criança, a chance de brincar em um determinado enquadre, que se constitui no espaço, no tempo, na definição dos papéis, tanto da criança como do psicólogo, e na sua finalidade. Por exemplo, a finalidade de uma Hora de Jogo

Diagnóstica seria a de conhecer a realidade da criança, por meio da linguagem que ela dispõe, ou seja, a atividade lúdica. Desse modo, "[...] cria-se um campo que será estruturado, basicamente, em função das variáveis internas de sua personalidade" (EFRON & cols, 2009, p.207). Isso que dizer que a criança, nessa modalidade de brincar, irá utilizar, para se relacionar com o que lhe está sendo oferecido, o conjunto de suas fantasias e de relações de objetos que permitiriam, ao psicólogo, compreender o que a criança está vivenciando naquele momento.

A compreensão da criança e as possibilidades interventivas do psicólogo são possíveis por meio do brincar, pois o brinquedo funcionaria como um mediador que permite que a criança possa expressar seus conflitos (ABERASTURY, 1982) que, no adulto, podem ser expressos através da verbalização. Assim, devemos entender a brincadeira como uma atividade "plena de sentido".

> A função do jogo é a de elaborar as situações excessivas para o ego – traumáticas -, cumprindo uma função catártica e de assimilação por meio da repetição dos fatos cotidianos e das trocas de papéis, por exemplo, fazendo ativo o que foi sofrido passivamente. (ABERASTURY, 1982, p.49).

Winnicott (1975) ressalta que o modo como se estabelece o brincar de uma criança seria um indicador do seu desenvolvimento emocional, bem como do seu sentimento de ser. Visto que, a capacidade de brincar da criança está intimamente relacionada com o tipo de relação que se estabelece entre o bebê e a sua mãe. Ou seja, o brincar possui um lugar que seria uma área intermediária entre o dentro e o fora, denominado, pelo autor, como Espaço Potencial; espaço este localizado entre a mãe e o bebê.

De acordo com Winnicott (1983, 1999b), o desenvolvimento emocional da criança seria composto por três fases de dependência (a de dependência absoluta, dependência

relativa e independência – esta, nunca alcançada plenamente), que possibilitariam integrar as necessidades do id ao ego, de modo a satisfazê-las e, ao mesmo tempo, fortalecer o ego da criança.

Ao observar as fases de desenvolvimento emocional, descritas pelo autor, pode-se também compreender como o tipo de relacionamento entre a mãe e o bebê permite ou não o brincar da criança, ao mesmo tempo em que cria o seu lugar.

Assim, na primeira fase, denominada de fase de dependência absoluta ou estágio do Holding (WINNICOTT, 1975), quando o ambiente (a mãe) precisa prover todas as necessidades da criança, que são necessidades físicas, em quase sua totalidade, não há diferenciação entre o EU e o não-Eu, ou seja, entre a criança e o objeto. Desse modo, ao suprir, várias e várias vezes, a necessidade de sua criança, a mãe garante que o bebê desenvolva, por meio da repetição, a capacidade de sentir-se real, visto que permite que ele encontre concretamente, aquilo que está pronto para encontrar. Por exemplo, o seio quando está com fome. Como parte dessa identificação, a mãe precisa desempenhar um papel onde possa ser encontrada, depois repudiada e estar no lugar onde o bebê possa encontrá-la, novamente, quando estiver pronto.

Essa identificação, ou a Preocupação Materna Primária, permite que a mãe esteja adaptada quase que totalmente às necessidades da criança, o que possibilita, ao bebê, ter a ilusão de que os objetos externos, com os quais se relaciona – como o seio materno - é uma extensão de seu próprio corpo. A criança possui uma relação objetal de onipotência (uma experiência de controle mágico), visto que, ao não diferenciar o EU do não-EU, acredita que é ela quem cria os objetos, apresentados pelo ambiente (mãe) suficientemente bom (WINNICOTT, 1975, 1999b).

> No estado de confiança que se desenvolve quando a mãe pode desempenhar-se bem essa difícil tarefa (não se for incapaz de fazê-la), o bebê começa a fruir de experiências baseadas num ‘casamento’ da onipotência dos processos intrapsíquicos com o controle que tem do real. A confiança na mãe cria um *playground* intermediário, onde a

> idéia da magia se origina, visto que o bebê, até certo ponto *experimenta* onipotência [...]. O *playground* é um espaço potencial entre a mãe e o bebê, ou que une mãe e bebê. (WINNICOTT, 1975, pp. 70-1).

Winnicott relata que a outra fase do brincar, possível quando o desenvolvimento emocional do bebê prossegue satisfatoriamente, seria o de brincar sozinho na presença de alguém. Esse tipo de brincar só é possível quando a criança confia que a mãe estará lá, mesmo quando fora de seu controle. Essa mãe é aquela que pôde, e ainda pode, ser esquecida, repudiada e novamente descoberta.

Na outra fase do desenvolvimento emocional, a fase de dependência relativa, que Winnicott caracteriza como a fase do desmame (seis meses) até os dois anos; a mãe começa uma desadaptação que vai gerar a desilusão no seu bebê. Essa desadaptação, que consiste numa falha, é necessária, pois inaugura o princípio de realidade e permite que a criança, ao se desvincular do ego materno, passe a desenvolver seu self, visto que o bebê, agora, sente e experimenta suas próprias necessidades, ou seja, diferencia entre o Eu e o não-Eu.

Em termos do brincar, a mãe, que se adaptava totalmente às necessidades de seu bebê, pode agora introduzir a sua própria maneira de brincar, o que vai habilitando a criança a sobrepor duas áreas de brincadeira. E, por meio dessa condição, é que o indivíduo se torna capaz de um brincar conjunto, característico dos relacionamentos interpessoais.

Ao relacionar o brincar com a psicoterapia, caracterizando esse processo como sendo o brincar de duas pessoas juntas – o terapeuta e o paciente -, Winnicott ressalta que “[...] onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (WINNICOTT, 1975, p.59).

Descrição de um Caso

Roberta, uma criança de oito anos, encontra-se institucionalizada por motivo de negligência parental, e foi encaminhada para atendimento no Serviço APOIAR pelos técnicos da instituição, por suspeitarem que tenha sofrido abuso sexual por parte de seu pai, antes de ser abrigada. Esta situação teria sido denunciada por sua irmã mais velha, mas a mãe não desmente nem confirma, relatando para os técnicos da instituição apenas que o pai de seus filhos fez algo que nunca poderá ser perdoado. Foram relatados, pelos técnicos, os seguintes sintomas apresentados pela criança: rejeitava qualquer aproximação com técnicos homens e não tinha controle esfincteriano, apresentando enurese e encoprese, comportamento que oscilava entre a passividade e explosões agressivas. Em situações onde se sentia frustrada, ficava paralisada, sem esboçar nenhum tipo de reação e sem atender a nenhuma solicitação. Vale ressaltar que todos esses sintomas, descritos pelos técnicos do abrigo, foram expressos pela criança durante o processo psicoterapêutico.

Sua família vivia a situação de mendicância e, como seus pais eram catadores de lixo, moravam e dormiam na rua, junto ao lixo coletado. Durante o dia, os pais colocavam Roberta e os irmãos dentro de um carrinho de mão, onde permaneciam durante todo o período de coleta. Podemos supor, assim, que as crianças, tanto durante o dia como à noite, estavam indiferenciados com o lixo; como se não houvesse uma fronteira limitadora entre as pessoas e esses objetos: como se um fosse extensão do outro, dificultando, assim, a diferenciação de Roberta entre o eu e o não-eu.

Roberta nunca aceitou falar sobre a situação que viveu junto de sua família e sobre a suspeita de violência sexual nem com os técnicos do abrigo, nem durante o processo terapêutico.

O primeiro contato com a criança foi estruturado como uma Hora de Jogo Diagnóstica[65]. A criança estava aparentemente assustada, evitando contato visual com a psicóloga e não respondia a nenhum tipo de pergunta que lhe era feito. Após algumas

[65] A partir do primeiro contato com os técnicos do abrigo, iniciou-se a fase de psicodiagnóstico interventivo, onde a Hora de Jogo Diagnóstica consistiu no primeiro momento com a criança.Finalizada essa fase, foi realizada uma entrevista devolutiva com a criança e outra com os técnicos do abrigo e, a partir de então, prosseguimos com o atendimento psicoterápico da criança que permanece até o momento, totalizando um período de aproximadamente um ano.

tentativas de aproximação, por parte do terapeuta, a criança pede para jogar “um joguinho”; escolheu o jogo da memória. Roberta arrumou simetricamente as cartas em cima da mesa, exigindo que a psicóloga virasse as que ela escolhia. Depois da primeira partida – que ela “ganhou” por não deixar que a psicóloga virasse as cartas, não foi mais possível jogar, pois Roberta ficou arrumando as cartas e procurando maneiras onde elas ficassem cada vez mais em ordem.

Quando foi-lhe dito que o tempo de atendimento havia acabado, a criança começou a pegar todos os brinquedos que estavam expostos, dizendo que queria brincar com eles e isso de um modo muito compulsivo. Só conseguiu se acalmar, quando ficou esclarecido que haveria outro encontro na próxima semana e que seria possível brincar do que ela quisesse.

Esse padrão de comportamento apresentou-se nos atendimentos subseqüentes ao processo de psicodiagnóstico. A criança apresentou muitas situações onde sua principal atividade era garantir que as peças ou cartas dos jogos estivessem sistematicamente arrumadas. Por exemplo, em uma partida de dominó, após distribuir as peças, Roberta investiu grande parte do tempo da sessão em enfileirar as peças de dominó, tanto as delas como as da psicóloga, de modo que ficassem todas em posição equivalentes. Enquanto intervenção, começou a ser mostrado para a criança à possibilidade da psicóloga em arrumar as peças de outra maneira que não a que ela propunha. Era verbalizado que a psicóloga não se importava em ter suas peças desarrumadas. Em um primeiro momento, Roberta se assustou com essa possibilidade, apresentando grande dificuldade em permitir que o outro arrumasse suas peças de outra maneira que não a da criança. Assim, pôde experimentar o bagunçar, primeiro por meio da “bagunça” da psicóloga, e depois por meio de suas próprias peças. Porém, essa possibilidade de não-estruturação, apesar de já ser tolerada por poucos períodos de tempo, ainda precisa ser contida por uma forte tentativa de manter tudo sobre o controle da criança. Ou seja, Roberta já consegue deixar com que a psicóloga jogue de sua maneira e, em alguns momentos, se permite brincar sem se preocupar em perder o controle do outro. Mas, após um curto período de tempo, apresenta um comportamento ansioso e sem controle, onde necessita estabelecer a organização sistemática da brincadeira.

Vale ressaltar que, à medida que pode ter momentos de "afrouxamento" desse controle, também expresso por meio do silêncio, ou daquilo que não pode ser dito, criou-se também momentos para a verbalização, onde a criança trás muito sucintamente relatos sobre suas relações familiares. Do mesmo modo que na brincadeira, esses relatos são rapidamente suprimidos, ou quando a criança se aproxima das situações de violência que vivenciou – negligência dos pais e a suposta situação de violência sexual – ou quando a psicóloga tenta falar sobre essas situações com ela. Suas reações, diante disso, caracterizam-se desde uma passagem imediata do comportamento amigável à agressividade, expressa na brincadeira ou contra a psicóloga – como jogar peças de jogos em sua direção -, a tentativas de sair da sala ou urinar e defecar na roupa durante a sessão psicoterápica.

Considerações Finais

Roberta iniciou no processo terapêutico apresentando uma incapacidade de brincar. Como se ocupar esse lugar intermediário, entre o dentro e o fora, entre a criança e o terapeuta se configurasse como uma ameaça de destruição. Porém, ao considerar que o brinquedo seria um mediador, que permite que a criança possa expressar seus conflitos (ABERASTURY, 1982), percebe-se que há um sentido na necessidade de ordenar as peças dos brinquedos escolhidos por Roberta.

Como visto anteriormente, de acordo com Winnicott (1975), o brincar reflete o desenvolvimento emocional da criança. Assim, como Roberta não consegue confiar no ambiente como provedor de suas necessidades, inclusive emocionais, necessitando controlá-lo de modo onipotente, como se sua tentativa de organização na brincadeira fosse o que garantisse a sua sobrevivência. E, como sua tentativa de estruturação é frágil e ineficaz, pode-se supor que as falhas ambientais ocorreram em fases iniciais do seu desenvolvimento emocional. Essa hipótese é fortalecida quando se observa que, ao não permitir que outro brinque de modo separado e fora do seu controle, Roberta se comporta e faz exigências ao ambiente como se este fosse uma extensão de seu próprio ser, ou seja, como se não

houvesse uma diferenciação entre o EU e o não-EU; entre a criança e o objeto. Assim, não se pode falar em integração, visto que, ao não se separar do outro, não há uma capacidade de sentir-se real, pois Roberta ainda não teria encontrado concretamente aquilo que necessita: *Holding* vigoroso.

E, se não há integração, não há como lidar com a frustração, nem integrar o bom com o ruim. O que ajuda a compreender a oscilação entre o "muito boazinha" e os momentos intensos de agressão.

Em termos de intervenção, o objetivo do processo terapêutico consistiu e, ainda consiste, em propiciar condições para que Roberta possa usar o lugar potencial do brincar. Lugar este que permita com que ela saia desse controle onipotente e da não diferenciação, para o brincar junto, onde as relações interpessoais deixem de ser ameaçadoras.

Neste sentido, foi possível introduzir, de maneira gradual, outro tipo de brincar, diferente do de Roberta. Assim, ao ser desiludida pela impossibilidade de controle onipotente, pode se perceber separada da psicóloga e, aos poucos, experimentar outras possibilidades de brincar – de ser. À medida que essas experiências foram se tornando menos ameaçadoras e, conseqüentemente, o ambiente passou a ser visto como contingente, Roberta pôde, e vêm podendo, experimentar. Pode, assim, integrar suas experiências traumáticas, visto que, pode confiar, por meio do processo psicoterapêutico, na consistência de um ambiente suficientemente bom e nas suas lembranças boas vividas nesse processo. Desse modo, lembrar-se daquilo que lhe causa uma dor indefinível, aos poucos, vem deixando de ser uma ameaça de destruir suas experiências boas.

Referências Bibliográfica

ABERASTURY, A. *Psicanálise da Crianças: teoria e técnica* – 8ªed. – Porto Alegre, RS: Artmed, 1982 (reimpressão 2008).

ARZENO, M.E.G. *Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995.

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

_____. *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.

EFRON, A. M. & COlS. A Hora do Jogo Diagnóstica . IN.: OCAMPO, M.L.S.; ARZENO, M.E.G; PICCOLO, E.G. e col. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. – 11ªed. – São Paulo, SP: Editora WMF Martins Fontes, 2009. (Coleção textos de psicologia).

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'adolecence. 57(2009) 136-145.

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

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

WINNICOTT, D. W. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1975.

_____. *Teoria do relacionamento paterno-infantil*. In: WINNICOTT, D.W. O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, RS: Artemed Editora, 1983, pp.38-54.

_____. *Os Bebês e suas Mães*. Trad. Jefferson Luiz Camargo - 2ª ed. - São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999.

GRUPOS DE SUPERVISÃO COMO HOLDING EM TERAPIA COM CRIANÇAS E ADULTOS NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA[66]

Márcia Aparecida Isaco de Souza
Maria Aparecida Mazzante Colacique
José Tolentino Rosa
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

APOIAR –
Universidade de São Paulo

Uma das mais belas compensações da
vida é que nenhum ser humano pode ajudar
o outro sem que esteja ajudando a si próprio.
Ralph Waldo Emerson.

A supervisão psicológica fixa as dimensões que dependem do conhecimento teórico-prático do supervisor e é influenciado pelo instinto epistemofílico de profissionais que almejam o desenvolvimento pessoal no campo da psicoterapia psicanalítica (Rosa, 1996; Yamamoto, 2006).

Faz-se necessário a aquisição desse conhecimento teórico-prático por parte dos integrantes da relação, ou seja, o supervisionando e o supervisor, para que se possa adquirir a destreza e habilidade em cada caso que se esteja atendendo ou se está estudando (Godoy, 2006; Gordan, 1997; Khan, 2001; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

[66]. Parte do trabalho foi apresentado no VI Encontro Brasileiro sobre o pensamento de D.W.Winnicott-Criatividade e Clínica, em 23 à 25 de Setembro de 2011, Curitiba-Brasil.

Para o supervisionando, a prática se torna presente com a adequação da teoria frente à situações do paciente na relação a dois na sessão, podendo ser em consultório, ou em Instituição (Chiozza, 1998; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Roth, 2003).

Quanto mais se permite estar com o paciente, mais as idéias surgem no sentido de poder entender o caso e o próprio paciente e poder levar o que aconteceu na sessão e o que não houve entendimento para a supervisão (Grinberg, 1997).

Por outro lado o trabalho do supervisor além de ter o conhecimento teórico-prático constante, através de anos de experiência possibilita a facilidade de um diálogo entre as diferenças que se apresentam diante do relato de um caso (Godoy, 2006).

Há várias vertentes que podem ser vistas e analisadas diante da riqueza de um grupo de supervisão, porém iremos nos deter em alguns aspectos, que dizem respeito à repetição de situações das sessões, nos grupos de supervisão (Rosa, 1996, 2006).

Muitos autores enfatizam que na supervisão se repetem conflitos e conteúdos da sessão supervisionada, sendo comum o grupo, sentir-se perdido e angustiado em alguns momentos, ou mesmo impactados diante de algum problema mais denso (Rosa, 1996, 2006).

Nota-se que algum problema de maior intensidade, que possa ter surgido na sessão, normalmente é revivido pelo grupo, quando o psicólogo relata o episódio ou a própria sessão, traz consigo a angustia da situação vivenciada (Chiozza, 1998; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Rosa, 2006; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Dentro desse tipo de enquadre, pode se notar que algum membro do grupo (ou o supervisor) pode acolher o sofrimento, favorecendo o uso das funções alfa (holding) e de sonhar (reverie).

O primeiro aspecto a ser desenvolvido é o papel do supervisor, que deve ser o de conduzir o grupo a pensar sobre o que aconteceu na sessão do seu colega com o seu paciente, não deve em nenhum momento deixar que o supervisionando sinta-se perseguido ou terapeutizado pelos colegas ou o próprio supervisor. Entretanto, como lembra Hanna Segal, nos seminários de São Paulo, o crime da violência contra o outro é o silêncio, e por isso o grupo deve humanizar-se pela fala, pela troca de experiências (França, Thomé, & Segal, 2000).

O supervisionando que se sente perseguido, diante de uma observação crítica em relação à conduta pessoal ou ao procedimento adotado, passa a ter a tendência a esconder o que realmente ocorreu na sessão, chegando mesmo a mentir, como uma forma de se proteger. Masud Khan assinala que:

> "Winnicott também cria um espaço secreto no âmbito das anotações, que corresponde ao espaço secreto do "sono de divã" do paciente. Desta forma, ambos estão seguros na relação e ambos sobrevivem um ao outro. Cada um esta ciente do segredo do outro e ambos vivem com esse segredo sem questioná-lo" (Khan, 2001, p. 23)

Em alguns casos os terapeutas mudam de supervisores e de grupos, ou inventam alguma desculpa para não mais atender o paciente, como se fosse um acting-out (Giovachini, 1995; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Hisada, 2002; Joseph, 1992a, 1992b, 1992c).

O segundo aspecto da supervisão psicológica importante é o compromisso de quem recebe as orientações, bem como a disponibilidade de aprender a cada observação e atuação do paciente na relação terapêutica. O aprendizado deve ser contínuo, tanto por parte do grupo, como de cada membro, incluindo o supervisor (Rosa, 2002).

Se cada membro do grupo percebe e se sente apoiado pelo mesmo diante de alguma falha, ou inadequação, a tendência é todos aprenderem com a compreensão obtida diante desse episódio (Tardivo, 2006).

Em cada sessão de terapia, como também em cada supervisão que ocorre, as nuances são muito variadas, e, portanto uma interpretação, ou uma supervisão que possa ter sido eficaz em algum caso, não necessariamente possa ser eficaz em outro caso (Joseph, 1992b).

A privacidade e o sigilo profissional são fatores cruciais, que são principalmente encorajados quando predomina no grupo uma atmosfera que estimula a cordialidade, a autenticidade, a tolerância entre estados de brincadeira e momentos de reflexão, ausência de superficialidade nas relações interpessoais e o respeito mútuo pelas representações do outro (França et al., 2000; Godoy, 2006; Gordan, 1997; Grinberg, 1997; Khan, 2001; Meltzer, 2009; Outeiral, 2001; Quinet, 1991; Rosa, 1996, 2006; Roth, 2003; Tardivo, 2006; Yamamoto, 2006).

Intensos sentimentos podem enriquecer o processo de supervisão, através da contransferência dos envolvidos elucidando a compreensão psicodinâmica, a partir do método de amplificação das áreas de ilusão e criação, com base na perspectiva winnicottiana (Giovachini, 1995; Khan, 2001; Outeiral, 2008; Winnicott, 1949).

Pode-se dizer que a supervisão é como a praia, que recebe e tranquiliza o mar revolto, que nela chega; devolvendo o mar ao próprio mar de uma maneira mais contida e integrada diante do acolhimento, Holding que se faz presente em cada encontro de supervisão.

O terapeuta podendo ser entendido e acolhido dentro do grupo de supervisão tem condições de desenvolver uma capacidade de maior escuta e interpretação do material do paciente, minimizando assim, o medo do desconhecido.

Fatos clínicos e a relação transferencial

Nos dois grupos de supervisão, um dedicado a crianças vítima de violência doméstica, e outro a casos de Psicoterapia Breve de adultos ocorreram processos de aprendizagem.

Serão dados exemplos de situações vividas em encontros desses dois grupos onde esses aspectos foram evidenciados.

Grupo de Supervisão de Vitima de Violência

Serão relatadas brevemente duas situações em que o grupo pode ajudar o terapeuta a continuar o seu difícil trabalho com as crianças vitimas de violência, dentro de um holding que permitiu a elaboração dos sofrimentos vivenciados nas sessões.

Uma das terapeutas trouxe o seguinte questionamento: “Está difícil trabalhar com o Gilberto, porque a família não consegue trazê-lo para o atendimento psicológico, eu não vou desistir desse caso, vou até o fim”.

O **grupo mostrou** que a família estava desistindo do menino há muito tempo e foi um sentimento eficaz, quando a terapeuta disse que não desistiria de ir ao seu encontro, enquanto pudesse. Ela própria não havia percebido de que estava investindo o que a família

não investia no menino. O menino percebia o seu empenho, quando comparecia a sessão de terapia, e notava que ela estava muito perto do sofrimento dele.

O trabalho realizado pela aluna tinha o enfoque na direção do menino sentir que a terapeuta estava presente nas sessões e não desistia dele.

Não se pode silenciar, lembra Hanna Segal (França et al., 2000).

Outra terapeuta trouxe o seguinte aspecto da sua sessão; Uma das crianças seria adotada por uma tia e esta veio a falecer. A terapeuta compareceu a supervisão demonstrando a sua dor e imaginando o sofrimento do menino, diante de todo o trabalho desenvolvido na aproximação com os tios e a eminente adoção.

O **grupo mostrou** que a terapeuta poderiaajudar o tio a continuar a adoção, visto que ele também estava participando do processo emquestão. Com a nova idéia, a terapeuta poder acompanhar e perceber se o tio continuaria a ter o interesse pelo sobrinho, visto que era parente da esposa.

A terapeuta teve a grata surpresa, bem como o menino, de que o tio continuaria o processo de adoção. Atualmente o menino encontra-se morando com o tio, a mais de cinco meses. Não foi possível continuar o atendimento visto que é longe a casa do tio, mas foi aconselhado que o Abrigo ajudasse o tio a procurar um atendimento psicoterápico próximo da residência.

Grupo de Supervisão de Terapia Breve de Adulto

Uma das terapeutas fez a seguinte observação sobre o andamento de seu caso, “não sei se estou realmente conseguindo trabalhar a transferência em prol do bem estar desta paciente”.

O **grupo apontou** que o sentimento da terapeuta – sua impotência perante o problema da paciente – dizia exatamente respeito ao sintoma histérico da paciente em fazer com que o outro se sentisse impotente, incapaz de ajudá-la (Quinet, 1991). A reação poderia dizer respeito a algo não trabalhado da terapeuta que estava atrapalhando o tratamento da paciente. O grupo considerava aquele sentimento despertado na terapeuta, como uma forma de poder ser utilizado para apoiar o diagnóstico e tratamento da paciente.

Outra terapeuta pode contar que se sentia invadida diante de algumas observações do paciente, porque este não deixava tempo para ela aprofundar sobre o problema dele.

O **grupo mostrou** que ela estava poderia ser mais pró-ativa em relação às coisas que ele falasse, sem deixar que se prolongasse nas suas histórias, chegando a perguntar sobre sua vida particular dela.

A terapeuta pode notar que quando atuou dessa maneira, além de parar de sofrer e ficar paralisada, a psicoterapia pode caminhar e ele nunca mais perguntou nada sobre ela.

Nos quatro relatos de casos podemos perceber a interferência de situações que apareciam tanto na sessão terapêutica, quanto no entendimento do grupo de supervisão diante dos relatos dos casos. Percebemos que os grupos estavam alinhados com as situações que ocorriam nas sessões de terapia. Ambas as terapeutas saíram aliviadas das supervisões por perceberem que mesmo achando que não estavam compreendendo a angústia do paciente, puderam perceber que estavam empenhadas no sofrimento de ambos.

Nos grupos de supervisão é necessário que sejam transparentes as observações dos colegas, porque os pacientes podem, de acordo com suas resistências prejudicar o vínculo dos terapeutas na relação a dois o grupo, e o supervisor podem elucidar teoricamente e conter a angústia do colega para que o trabalho terapêutico possa ser realmente eficaz.

Considerações finais e conclusão

Consideramos a relevância de ser aprofundado o conhecimento a respeito das reações emocionais tanto do terapeuta, quanto do paciente dentro da relação analítica.

O grupo de supervisão deve possibilitar a ampliação de visões diferentes de um mesmo caso, tanto teóricas quanto praticas, enriquecendo a compreensão do caso, mesmo em atendimentos diferenciados seguindo o embasamento psicanalítico.

Concluiu-se que a fala dos participantes trouxe benefícios para o tratamento dos pacientes, para os supervisionados e para o próprio supervisor, contribuindo não apenas para a compreensão, por parte dos profissionais, dos conflitos psíquicos dos pacientes, mas também

das suas próprias sensações perturbadoras que podem interferir na sua capacidade terapêutica.

Referências

Chiozza, L. (1998). A interpretação psicanalítica da doença somática. In L. Chiozza (Ed.), O sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia de próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes (pp. 13-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.

França, M. O. d. A. F., Thomé, M. d. C. I., & Segal, H. (2000). Hanna Segal em São Paulo: seminários clínicos e temáticos (L. P. Chaves, L. R. Aratangy & M. d. C. I. Thomé, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Giovachini, P. L. (1995). Regressão, reconstrucão e resolução: continência e holding. In P. L. Giovachini (Ed.), Taticas e técnicas psicanalíticas de D.W. Winnicott (pp. 183-211). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Godoy, M. B. R. (2006). Psicoterapia psicanalítica e a transmissão da herança viva: os bastidores do processo de formação. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história (pp. 305-330). São Paulo: Casa do Psicóloga.

Gordan, K. (1997). An advanced training in the supervision and teaching of psychotherapy. In B. Martindale, M. Mörner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), Supervision and its vicissitudes (pp. 134-146). London: Karnac.

Grinberg, L. (1997). On transference and countertransference and the technique of supervision. In B. Martindale, M. Mörner, M. E. C. Rodriguez & J.-P. Vidit (Eds.), Supervision and its vicissitudes (pp. 1-24). London: Karnac.

Hisada, S. (2002). Clínica do setting em Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter.

Joseph, B. (1992a). Em direção à experiência de dor psíquica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph (pp. 97-105). Rio de Janeiro: Imago.

Joseph, B. (1992b). Relações de objeto na prática clínica. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph (pp. 205-216). Rio de Janeiro: Imago.

Joseph, B. (1992c). Transferência: a situação total. In E. B. Spillius & M. Feldman (Eds.), Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph (pp. 162-172). Rio de Janeiro: Imago.

Khan, M. (2001). Introducão (S. M. T. M. d. Barros, Trans.). In D. W. Winnicott (Ed.), Holding e interpretação (pp. 1-23). São Paulo: Martins Fontes.

Meltzer, D. (2009). The relation of dreaming to learning from experience in patient and analyst. In D. Meltzer (Ed.), Dream life: a re-examination of the psychoanalysis theory and technique (pp. 163-169). Londres: Karnac Books.

Outeiral, J. O. (2001). Desamparo e trauma: transferência e contra-transferência. In J. O. Outeiral (Ed.), Clínica da transicionalidade: fragmentos da análise de uma adolescente (pp. 75-113). Rio de Janeiro: Revinter.

Outeiral, J. O. (2008). Do adolescer ao adultecer. In J. O. Outeiral, L. Moura & S. M. V. d. Santos (Eds.), Adultecer: a dor e o prazer de tornar-se adulto (pp. 1-14). Rio de Janeiro: Revinter.

Quinet, A. (1991). As Quatro mais Uma Condições de Análise. Rio de Janeiro: Zahar.

Rosa, J. T. (1996). Grupo Psicanalítico de Reflexão em Supervisão de Psicoterapia Individual. In I. F. d. M. Catafesta (Ed.), D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo: O Verdadeiro e o Falso (pp. 253-276). São Paulo: Lemos Editora.

Rosa, J. T. (2002). Apresentação. In S. Hisada (Ed.), Clínica do setting em Winnicott (pp. i-iv). Rio de Janeiro: Revinter.

Rosa, J. T. (2006). A procura or mudança psíquica: as contribuições dos seminários clínicos de Betty Joseph e Ryad Simon. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.),

Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história (pp. 331-358). São Paulo: Casa do Psicóloga.

Roth, P. (2003). Delineando uma cena: níveis de interpretação transferencial. In R. D.-M. Ponce (Ed.), Livro anual de psicanálise 17 (pp. 55-64). São Paulo: Editora Escuta.

Tardivo, L. S. P. C. (2006). Psicoterapia psicanalitica e a clinica hoje: o encontro possivel entre psicólogos em formação, os pacientes e o supervisor. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história (pp. 359-374). São Paulo: Casa do Psicóloga.

Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com psicossoma. In D. W. Winnicott (Ed.), Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

Yamamoto, K. (2006). Encontros e desencontros na supervisão em psicoterapia psicanalítica. In R. Simon & G. K. Levinzon (Eds.), Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história (pp. 281-304). São Paulo: Casa do Psicóloga.

ESTUDO DE CASO A PARTIR DE UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Evelin Saffiotti

INTRODUÇÃO

Há alguns anos trabalho com pacientes psiquiátricos em regime de internação. O meu olhar sobre a loucura vem se transformando a cada contato com esses pacientes. Suas histórias me tocam profundamente. A capacidade da mente de quebrar com a realidade e criar um mundo novo e fantasioso sempre me instigou.

Por meio dos atendimentos, observo que os pacientes psiquiátricos são indivíduos com voz, capazes de dizer sobre si mesmo, de produzir obras. Sua loucura, portanto, não é doença a ser tratada e, consequentemente, curada, mas uma produção plena de sentidos que devem ganhar, no âmbito do sujeito, lugar de existência subjetiva e territorial, contorno e amarrações que viabilizem uma inscrição desse ser no mundo em que vive.

E foi nesse contexto que conheci H. Na ocasião, ele já estava internado há dois meses e passou a ser meu paciente após mudanças na rotina de atendimentos da instituição. Era considerado “perigoso” em função do histórico de agressividade e fui instruída a ter cuidado ao abordá-lo.

O objetivo do presente trabalho é fazer uma breve análise desse caso clínico a partir dos conceitos estudados na clínica freudiana e de Melaine Klein e Wilfred Ruprecht Bion

Optei por fazer um recorte no caso e conceituar a psicose e fazer uma análise da relação tranferencial. Existem também outros pontos a serem aprofundados como a dependência química, ou ainda sua relação com a mãe, entre outros que chamam atenção em sua história, mas que não farei nesse momento, apesar de entender que essas questões também acontecem em função da psicose.

DESENVOLVIMENTO

Caso clínico:

H.C.V. tem 22 anos. Passou por diversas internações psiquiátricas, com histórico de uso de substâncias químicas. De acordo com sua mãe, aos 14 anos ele começou a usar maconha, progrediu para cocaína e por último, crack. Ainda segundo ela, H. sempre foi mais isolado e "deprimido". Na escola tinha dificuldade em fazer amizades, mas sempre foi "bonzinho". Não tem boa relação com o pai. Há um ano passou a ter discurso delirante e "viver num mundinho à parte" (sic).

No início da internação, teve episódios de agitação psicomotora e agressividade, quadro delirante e persecutoriedade. Não estabelecia contato com os demais pacientes, e refratário à abordagem da equipe, mantinha-se isolado e hostil. O psicólogo convidava-o para atendimento, mas ele permanecia resistente à psicoterapia.

Comecei a atendê-lo após dois meses de sua internação. Nos primeiros dias que o abordo, ele aceita entrar no consultório, mas não fala muito, apenas responde de maneira evasiva meus questionamentos. Pensamento lentificado, demora para responder, como se não entendesse o que falo. O discurso é desconexo. Também demonstra falta de cuidado com a higiene, a barba por fazer, os cabelos grandes e desarrumados. Após um mês e meio aproximadamente do início do atendimento, ele passa a estabelecer melhor contato com equipe e começa a participar das atividades de Terapia Ocupacional, e depois das atividades físicas.

A procura pelo atendimento torna-se espontânea, pois segundo ele, precisa conversar. Fala do uso do crack e do desejo de permanecer internado, pois acredita estar protegido. Mantém discurso delirante, porém percebo que, por meio da construção do delírio, ele consegue entrar em contato com o que sente, com suas angústias. Fala que sofre influência do sobrenatural e que vai recair se tiver alta, pois não tem controle do sobrenatural. Nas

sessões seguintes fala de sua família, novamente de forma delirante. Afirma que não se trata de sua família verdadeira, que não vai dar certo voltar para casa deles e que prefere se relacionar com o mundo espiritual do que com os humanos, pois se preserva de se decepcionar com as falhas dos outros. Por vezes utiliza palavras de um vocabulário próprio para descrever situações ou sentimentos.

No mês seguinte, apresenta-se asseado. Comparece ao atendimento após o banho, com cabelos penteados e a barba feita. Ainda delirante, mas com conteúdos mais organizados, fala da dependência química e do medo da alta. Já no final do mês, apresenta-se apático, diz estar cansado de ficar internado, sente uma dor profunda, interna, um vazio, sem vontade de viver, não consegue fazer planos. O discurso é mais organizado e não verbaliza delírios. No decorrer do mês seguinte mantém esse desânimo e manifesta desejo de ter alta.

O caso é discutido em equipe e decide-se iniciar programação de alta. Após mais um mês, H. deixa de participar das atividades, mantém postura desanimada durante os atendimentos. A família é convocada para programar sua alta, mas sua mãe se desespera com essa possibilidade, pois acredita que perderá o filho. H.traz essa insegurança para as sessões e a partir disso há uma regressão no quadro: não frequenta mais as atividades terapêuticas e, embora compareça nas sessões, não fala, apenas se questionado e muitas vezes interrompe o atendimento quando são abordados temas que não lhe agradam.

Para Freud (1924), a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id. Já a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo.

Vimos que, na neurose, o ego se defende contra o impulso instintual por meio do recalque e cria uma representação substitutiva para esse impulso.

Na psicose, o mundo exterior não é percebido ou a percepção dele não é adequada. Ele governa o ego por duas maneiras: através de percepções atuais e presentes e por meio de lembranças de percepções anteriores. Freud (1924) pontua que:

> "Na psicose não apenas é recusada a aceitação de novas percepções; também o mundo interno, que, como cópia do mundo externo, até agora o representou, perde sua significação. O ego cria, autocraticamente, um novo mundo externo e interno, e não pode haver dúvida quanto a dois fatos: que esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade - frustração que parece intolerável"(p.191).

É possível observar que esse mecanismo acontece no caso de H. Existe uma ligação com a história do paciente, haja visto que um delírio não é aleatório e tem representação para ele. Quando H. fala do medo de ter alta, pois fora do hospital o poder do sobrenatural provocará sua recaída, ele está falando da dependência química e da dificuldade de ter o controle sem o ambiente protegido do hospital. Medo esse que é muito comum aos pacientes dependentes químicos, mas que H. só conseguiu elaborar por meio do delírio.

Em 1924, Freud disse que a psicose destina-se a reparar a perda da realidade, cria uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções da antiga, que foi abandonada. Tanto a neurose como a psicose são expressões de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição.

H. freqüentemente afirma que sua família não é verdadeira e que pertence a outro mundo. Existe uma relação conflituosa com o pai e uma relação simbiótica com a mãe. Esse delírio parece novamente ser um desejo de mudar essa realidade, à medida que ele nega as relações familiares e cria uma família ideal e, ao mesmo tempo está inacessível, o que impossibilitaria sua alta, já que ele não poderia viver com a família falsa.

Para Freud (1924) a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora. Por outro lado, a psicose a repudia e tenta substitui-la. Na psicose, o fragmento de realidade rejeitado constantemente impõe-se à mente, assim como o instinto reprimido na neurose.

O afastamento da realidade ocorre por meio da ilusão. E para o paciente, não se trata de uma fantasia, mas de um fato, e ele age como se seu aparelho perceptivo pudesse ser cindido em diminutos fragmentos e projetado para dentro de seus objetos. (Bion, 1957)

Bion (1957) descreve pré-condições para o desenvolvimento da esquizofrenia, a saber:

> "uma preponderância de impulsos destrutivos, que mesmo o impulso de amor é inundado por eles e se transformando em sadismo; um ódio da realidade, interna e externa, que se estende a tudo que contribui para a percepção dela; um terror de aniquilação iminente, uma formação prematura e precipitada de relações de objeto – entre as quais está em primeiro lugar a transferência-, cuja fragilidade contrasta acentuadamente com a tenacidade com que são mantidas." (p.73)

É importante ressaltar que Bion utiliza um conceito de parte psicótica da personalidade como um estado mental, delimitando um modo de funcionamento mental que se expressa e é observado através de manifestações de conduta e linguagem, podendo coexistir com outro estado mental, chamado de personalidade não psicótica.

Pensando nessa questão, vale observar que H. não tem um diagnóstico fechado de esquizofrenia, apesar de apresentar sintomas característicos da doença. E acredito que o vínculo estabelecido entre mim e ele se deu por essa via, dos sintomas psicóticos.

Para Rosenfeld (1971) a identificação projetiva refere-se a um processo de cisão do ego arcaico, no qual as partes boas ou más do self são excindidas do ego e projetadas com

amor ou ódio para dentro de objetos externos, o que leva à fusão e identificação das partes projetadas do self com os objetos externos.

Muitos pacientes psicóticos utilizam processos projetivos para se comunicarem com outras pessoas. Esses mecanismos projetivos parecem constituir uma distorção ou intensificação do relacionamento infantil normal – baseado em comunicação não-verbal entre o bebê e a mãe – no qual impulsos, partes do self e ansiedades difíceis demais para o bebê suportar são projetados para dentro da mãe, que é instintivamente capaz de responder, contendo a ansiedade do bebê e aliviando-o com seu comportamento.(Rosenfeld, 1971)

O autor completa ainda que o paciente projeta impulsos e partes de seu self para dentro do analista, para que este sinta e compreenda suas experiências e seja capaz de contê-las e, com isso, percam sua qualidade assustadora ou insuportável e tornem-se significativas pela capacidade do analista de colocá-las em palavras através de interpretações.

Percebo essa relação nos atendimentos com H. No início eu apenas escutava-o, deixava-o falar de seus delírios sem intervir, e acredito que com isso consegui construir uma relação de confiança. Por muitos momentos ele falava superficialmente de algo e se colocava de uma maneira como se eu entendesse tudo o que era dito. Usava palavras próprias com muita naturalidade, o que não acontecia com outros membros da equipe. Ao longo dos atendimentos, comecei a interpretar seus discursos, e ele aceitava as interpretações. H. passou então a ter cada vez menos delírios, a ficar menos tempo nos atendimentos. Reclamações de desânimo e queixas físicas como dor de cabeça e enjôos, tornam-se frequentes e argumentos para encerrar o atendimento.

Rosenfeld (1971) explica que:

> “quando o paciente psicótico, vivendo num estado de fusão (identificação projetiva) com o analista, começa a experimentar-se como pessoa

> separada, manifestam-se violentos impulsos destrutivos. Seus impulsos destrutivos são algumas vezes uma expressão de raiva relacionada à ansiedade de separação. Enquanto o paciente considera que a mente e o corpo do analista e sua ajuda e compreensão como partes de seu próprio self. Há muitas vezes sintomas físicos associados a este estado, por que o paciente pode se sentir mal e de fato vomitar. Essa rejeição concreta à ajuda do analista pode muitas vezes ser claramente compreendida como uma rejeição da comida da mãe e de seu cuidado com o bebê, repetida na situação transferencial analítica". (p. 131)

Mas a mudança de comportamento de H. não foi apenas pela relação transferencial. Falar sobre sua alta teve grandes repercussões para ele e também para sua família. A impossibilidade da mãe acreditar que havia outro caminho para ele contribuiu para a estagnação do caso.

CONCLUSÃO

Com a realização desse trabalho, foi possível aproximar a teoria psicanalítica estudada com a minha prática e dar sentido à situações até então não nomeadas.

Tenho um desejo profundo de compreender pacientes psicóticos e fazer diferença em suas vidas.

Esse paciente era visto como um caso perdido, tanto por sua família como pelos profissionais que o acompanhavam. A internação parecia ser sua única possibilidade de sobrevivência. Não estabelecia vínculo com ninguém, tinha o afeto embotado e vivia isolado.

O espaço terapêutico apoiou sua capacidade de desejar, de sonhar e sustentou, com ele, a possibilidade de realizá-los em sua vida.

O investimento direcionado a ele tornou possível o afeto aparecer, ele passou a sorrir, falar de si, de seus sentimentos. A equipe mudou a maneira de abordá-lo e ele passou a ter um novo lugar no hospital.

Com esse estudo, percebo que sempre existe algo a ser feito, mesmo em situações tidas como impossíveis, e essa frase de H. Hesse parece sintetizar o que penso, no que acredito ser o nosso papel:

“Pois, faça-o, meu amigo, eu o convido a isto. Você já sabe onde se oculta esse outro mundo, já sabe que esse outro mundo que busca é a sua própria alma. Só em seu próprio interior vive aquela outra realidade por que anseia. Nada lhe posso dar que já não exista em você mesmo, não posso abrir-lhe outro mundo de imagens, além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar, a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível seu próprio mundo, e isso é tudo.”

Hermann Hesse

BIBLIOGRAFIA

BION, W (1957): Diferenciação entre personalidade psicótica e a personalidade não psicótica, pg.69, in Melanie Klein Hoje, Imago Editora, Rio de Janeiro,1991.

FREUD, S. (1924): Neurose e psicose. In: Obras Completas Vol. XIX. FREUD, S. Editora Imago. 1976, pg. 189-193.

FREUD, S. (1924[1923]): A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Obras Completas Vol. XIX.

HESSE, HERMANN. O lobo da estepe. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968, p. 157

ROSENFELD, H. (1971): Uma contribuição à psicopatologia dos estados psicóticos: Identificação Projetiva na estrutura do ego e nas relações de objeto do paciente psicótico, pg. 125, in Melanie Klein Hoje, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1991.

ASPECTOS PROJETIVOS DO GRAFISMO INFANTIL[67]"

Kiara Elaine Santos da Silva
Ida Janete Rodrigues
Thiago de Almeida

> "[...] Quando uma criança brinca, joga, desenha, faz histórias e outras coisas mais, revela sentimentos e pensamentos que desconhece, falando numa outra linguagem: a linguagem do desenho, do brinquedo, do jogo"[4]
> *(Nadia A. Bossa, 2000, p. 106)*

Resumo: O mundo é repleto de comunicações, as mais diversas possíveis, e a criança manifesta sua visão do mundo, por meio do desenho; este que é uma de suas principais formas de interação com o entorno. Desde épocas remotas, o ser humano representa a realidade a sua volta por meio de representações pictóricas. Se antigamente o desenho não tinha qualquer relevância, ou seja, era visto como uma linguagem num sentido mais restrito, atualmente, por meio de pesquisas na área percebe-se que a procura por entender o grafismo infantil é uma forma de entender a própria criança e o seu emocional. Dessa forma, por meio do grafismo infantil, a criança pode manifestar algumas de suas emoções e revelar como ela interpreta seu entorno e as personagens que o compõe. Ao refletir o mundo, a criança abre-se para ele e é só por meio dessa interação da criança com o meio e vice-versa é que ela se desenvolve e conseqüentemente isso se vê revelado na maturidade dos seus desenhos. O objetivo desse estudo foi o de pesquisar como as crianças ocidentais do século XXI, apesar

[67] O presente trabalho apresenta um recorte da monografia de conclusão de curso de Psicopedagogia de um dos autores, intitulada "A simbolização da criança por meio da expressão gráfica".

das muitas mudanças ocorridas em nossa sociedade, fazem para representar, de forma pictórica, o mundo a sua volta.

Palavras-chave: Crianças; Desenhos infantis; Grafismos infantis.

Introdução

O mundo é repleto de comunicações, as mais diversas possíveis, e a criança por estar também inserida nesse meio faz-se perceber por meio do desenho; este que é uma de suas principais formas de interação com o mundo. No mundo infantil há várias incógnitas em que a criança tenta revelar de alguma forma, seja por meio de um olhar, atitude ou postura ou mesmo através de uma simples representação gráfica, como, por exemplo, quando ela desenha.

Por meio do grafismo infantil, a criança pode demonstrar algumas das suas emoções e revelar as leituras que faz do mundo que o cerca e dos personagens que o compõe, sobretudo, das pessoas que convive mais diretamente. Ao refletir o mundo, a criança abre-se para ele e é só por meio dessa interação da criança com o meio e vice-versa é que ela se desenvolve e conseqüentemente isso se vê revelado na maturidade dos seus desenhos.

O objetivo primordial deste trabalho é mostrar que a criança tem uma forma distinta de se comunicar que difere do adulto, e o desenho é o espelho emocional da criança, sendo assim de suma importância, pois, entender o desenho da criança é descobri-la por completo.

O desenho da criança e sua importância

De acordo com Ferreira (1999, p. 648) o termo desenho é a “representação de formas sobre uma superfície, por meio de linhas, pontos e manchas, com objetivo lúdico, artístico, científico, ou técnico. A arte e a técnica de representar, com lápis, pincel, etc., um tema real ou imaginário, expressando a forma”. Esta definição é citada com muita objetividade, mas que, para a criança não deixa de ser mágico. Desenho, primeira manifestação da escrita humana, continua sendo a primeira forma de expressão usada pela criança.

O desenho infantil já era observado há cerca de cem anos. O italiano Corrado Ricci, em 1887, levantou a questão: o que de tão especial há num desenho infantil? Seu interesse o fez estudar sobre tal assunto, mas ele não foi o único e através de seu libreto publicado em 1887 “A arte das crianças pequenas”, seu interesse foi difundido.

Há séculos atrás a criança era vista como uma miniatura do adulto e sua expressão gráfica nunca haviam sido valorizadas, pois era considerada imperfeita, inferior a dos adultos. Mas Rousseau (1712-1778) veio dissipar essa idéia, pois considerava a infância uma etapa distinta e importante do desenvolvimento em direção à idade adulta. Segundo Rousseau “a criança é uma criança, não um adulto”.

Com esse pioneiro surge uma nova visão do desenvolvimento da criança, ela passa a poder demonstrar seu prazer e interesse em desenhar e expressar o que sente mesmo que inconscientemente, sendo assim, seus feitos ganham vivacidade por representar também o que ela conhece de mundo. "Garatujas", "girinos", "sóis", desenhos "transparentes", estão cada vez mais próximos da forma que se pode chamar de "real", são as representações de como a criança lê o mundo, enxerga a vida, expressa o que sente. Sendo o desenho uma grafia de livre expressão, surgem alguns questionamentos: Por que proibir a criança de se expressar graficamente da forma como ela consegue? Como o modelo influencia o desenho da criança?

Afinal, é através do desenho livre que a criança desenvolve noções de espaço, tempo, quantidade, seqüência, apropriando-se do próprio conhecimento, que é construído respeitando seu ritmo. E tendo essa concepção de respeito ao ritmo individual de cada criança que as escolas e creches são alicerces para estimular as crianças no desenhar, pois os profissionais acreditam que essa atividade artística é parte importante para o desenvolvimento infantil e conhecimento dos alunos.

O desenho tem uma função social desde a antiguidade, visto que, sua exposição revela muitas coisas até então não conhecidas, é uma comunicação sem letras ou palavras, mas visual. A criança toma posse do conhecimento mediante a sua representação. Seja, no início,

por meio de garatujas até um esquema corporal mais elaborado, cada desenho da criança reflete um estágio de desenvolvimento. Segundo Derdyk(2003, p. 10):

> "A criança é um ser em contínuo movimento. Este estado de eterna transformação física, perceptiva, psíquica, emocional e cognitiva promove na criança um espírito curioso, atento, experimental. Vive em estado de encantamento diante dos objetos, das pessoas e das situações que a rodeiam. A descoberta vem mesclada com o desejo de posse, como se proclamasse: O QUE É MEU É EU."

E se o desenho revela um estágio do desenvolvimento da criança, o mesmo pode ser dito em relação ao progresso do desenho propriamente dito, pois mediante o crescimento dela, o seu desenho também evolui a olhos vistos. Se a princípio a criança apenas experimenta muito mais do que expressa (por volta dos dezoito aos vinte e quatro meses), o mesmo não acontece à medida que esta cresce; pois o desenho ganha outro aspecto, ou seja, o de não só representar o que para ela é o real, como também se transforma em um jogo.

A criança utiliza-se de materiais diversos para se expressar e em superfícies distintas. Para tanto, ela desenha no papel, mas na falta dele, utiliza-se da terra, areia ou até mesmo a parede; se não tiver lápis, utiliza-se de um pedaço de tijolo, pedra, giz de lousa ou uma lasca de carvão; tudo com o intuito de registrar seus gestos e sua maneira de ver a vida.

O desenho representa, em parte, a mente consciente da criança, mas também, é uma forma interessante de fazer uma conexão com o inconsciente, portanto essa manifestação da criança está repleta de simbolismo e mensagens.Ao pensar na questão do modelo, percebe-se que a criança ao desenhar, na realidade, está expondo o seu "mundo real" para os demais, como ela o vê e sente. O desenho manifesta o desejo da representação, mas também o desenho, antes de tudo, é medo, é opressão, é alegria, é curiosidade, é afirmação, é negação. Ao desenhar, a criança passa por um intenso processo vivencial e existencial.

A criança, no início, ou seja, sem a apresentação de desenhos estereotipados, acaba por apresentar uma visão da realidade mais natural, sem o contágio do social, porém isso também acarreta desenhos mais pobres graficamente falando. Levando isso em

consideração, o fato da criança estar inserida no meio, auxilia para que ela esteja em contato constante com essa leitura de imagem e desenvolva, por sua vez, seu desenho.

Ao perder essa inocência no desenho, a criança, na realidade, acaba por adquirir conhecimento, em contrapartida, ela passa a representar a realidade a mais próxima possível da perspectiva adulta. Portanto, o desenho enquanto linguagem reflete uma postura global, assim desenhar não é copiar formas, figuras, não é simplesmente proporção, escala. Assim a visão parcial de um objeto nos revelará um conhecimento parcial desse mesmo objeto. Desenhar objetos, pessoas, situações, animais, emoções, idéias são tentativas de aproximação com o mundo. Desenhar é conhecer, é apropriar-se.

Já dizia Luquet (1969),que “a fase áurea do desenho infantil é o realismo intelectual, ou seja, quando a criança desenha o que ela sabe e conhece do objeto e não o que ela vê”.Tomando o autor citado como base para a observância do desenho da criança, fica claro que não só o seu estudo, mas tantos outros relacionados ao tema partem de uma teoria evolucionista, ou seja, que usa a interação entre a filogênese[68] e a ontogênese[69]para explicar a psicogênese[70]humana. Portanto, o que se pode observar dessa primeira impressão do desenho infantil é que ele muito se assemelha à arte moderna porque nele também está incutido esse impulso, essa liberdade em mostrar a “realidade íntima do indivíduo, sem se ater a estereótipos”. Então como querer que a criança use símbolos gráficos estipulados pelo adulto, que são as letras, se ela não elaborar sua idéia usando símbolos que ela conhece? Ou seja, utilizando-se do desenho – grafismo infantil.

Piaget, Vygotsky e o desenho

Podemos refletir sobre os posicionamentos que levam ao desenvolvimento da criança tendo como base a teoria de Piagete seu sucessor, Vygotsky, que tem um aparato mais social. Esses pesquisadores de linhas tão proximais e desenvolveram a expressão e sentido do desenho na vida da criança. Se para Piaget, as crianças individuais constroem conhecimento através de suas próprias ações: entender é inventar; para Vygotsky, a

[68] Evolução da espécie.
[69] Evolução do indivíduo.
[70] Desenhos com o intuito de definir a estrutura mental da criança.

compreensão perpassa pelo contraste social. Embora Piaget nunca tivesse negado o papel da igualdade social na construção do conhecimento, esboçando inclusive que a individualidade e o social são importantes, foi seu sucessor que realmente fundamentou toda a sua teoria no social, ou seja, a criança antes de tudo era um ser social.

Para Piaget, a criança passa por fases do desenvolvimento, sendo cada qual com sua característica, não sendo uma regra, mas um embasamento para entender o desenvolvimento infantil. Os estágios de Piaget colocam a tônica na função intelectual do desenvolvimento. Ele não nega a existência e a importância de outras funções, mas delimita e especifica o campo da sua investigação ao domínio da epistemologia genética. Esses estágios são evoluções seqüenciais, tanto motoras quanto intelectuais. Os estímulos auxiliam a essa evolução que proporcionará seu avanço cognitivo. Portanto, se para Piaget o desenvolvimento do cognitivo se dá pelo conhecimento epistemológico, Vygotsky vem complementar a teoria de seu mestre ao valorar o papel do social na evolução da criança e, portanto no envolvimento de tudo aquilo que a cerca, como por exemplo, o desenho.

Ao pensar nas fases de desenvolvimento de Piaget, pode-se observar que as crianças até dois anos só fazem riscos, sem qualquer sentido, porque para a própria criança isso não tem nenhum significado.

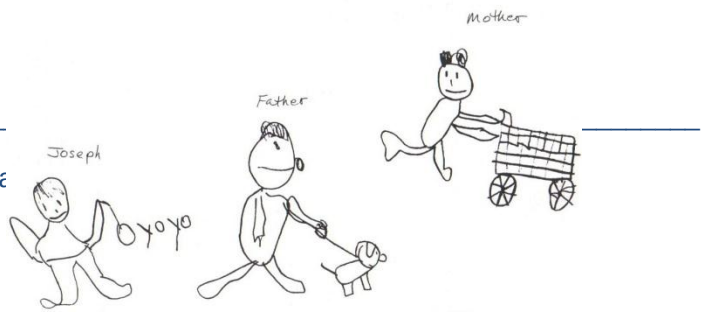
Desenhada por J. A., aos 19 meses.[71]

Por volta dos três anos, o significado que antes era inexistente, passa a apresentar-se, por conta do sentido dos riscos na horizontal, vertical, espirais, círculos, porém a criança ainda não é capaz de nomeá-lo.

Rabiscos em espiral.[72]

É só por volta dos quatro anos que a criança começa a per nho e, portanto projeta nele toda a sua afetividade e sua própria realidade e é neste momento que o

[71] DI LEO, 1991, p. 143.
[72] COX, 2001, p. 190.



seu desenho ganha um status compreensível para o adulto. Nesta fase a criança deixa de lado a sua "inocência" primeira e passa a ser contagiada por outras realidades que não somente a dela; assim o social se abre mais claramente para a criança e é também nesta situação que a teoria de Piaget dá lugar para Vygotsky que vem ressaltar esse social, apresentando a criança como um ser social e que, portanto tudo que está ao redor dela faz parte dessa nova realidade na qual ela sempre esteve inserida, mas que só agora se dá conta. Neste momento, os modelos são mais ressaltados porque eles refletem a realidade da criança mais compreensível para o adulto e sem aquela inocência vista nas fases iniciais do desenvolvimento de Piaget (LIMA, 2000).

Desenhada por menino de 8 anos. Ele está brincando com ioiô. O pai passeia com o cachorro. A mãe, com seu carro de compras, providencia comida (amor).[73]

Portanto, a criança ao desenhar reflete essa constante mudança e evolução. Assim, se inicialmente, os desenhos representam formas ditas "abstratas", conforme o contato com a sociedade essa idéia é deixada de lado, mediante a forma como o desenho se apresenta agora, com realidades mais características e compreensíveis pelos adultos.

Dessa forma, ao desenhar, a criança coloca no papel sua vida, suas emoções e consegue transpassar também a função social do desenho que vem se apresentar como uma forma de comunicação tão importante quanto a linguagem escrita para os adultos.

A transferência no desenho

A interpretação do desenho da criança tem como fundo a busca por significados. É uma ligação do que já é conhecido da realidade da criança e o que ela quer transmitir (BÉDARD, 1998). Quando o vínculo é estabelecido se torna mais fácil de obter resultados no que se pretende alcançar. Por meio de seus desenhos, a criança nos revela o que se esconde, como, por exemplo, sua questão emocional desconhecida até por ela mesma (CAMPOS, 2000).

[73] DI LEO, 1991, p. 131.

Desenhado por menino de 7 anos e 7 meses. Hospitalizado para tratamento de anorexia.[74]

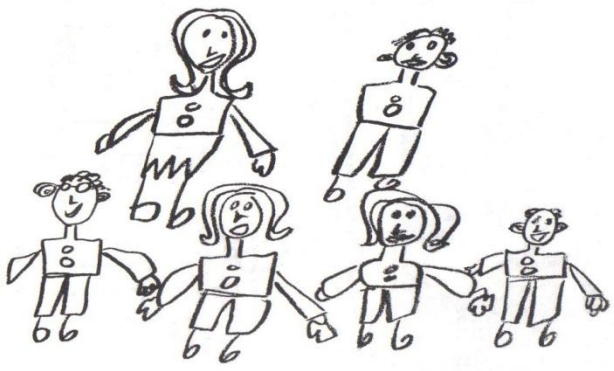
Mas, ao pensar, em uma análise do grafismo infantil faz-se necessário que se tome como base a importância do papel da criança que é primordial para esse estudo. No ato do desenho, a criança se revela oralmente e isto pode ser utilizado como uma chave para a compreensão do que seu inconsciente pretende revelar. Porém, melhor que a fala, os desenhos expressam por si mesmos delicadezas do intelecto e afetividades, aspectos sutis que são perceptíveis e que estão ao mesmo tempo além do poder ou liberdade condicionada pela comunicação verbal.

Assim, se o grafismo infantil é a expressão pessoal da criança o mesmo pode ser refletido quanto ao significado dado a ele, algo individual e intransponível. Deve-se levar em consideração também à idade e o nível de desenvolvimento em que a criança se encontra porque esta subdivisão vai refletir a maturidade do grafismo infantil e determinados conhecimentos, o que facilita na análise.

A criança, mesmo que inconscientemente, utiliza-se no ato do desenho de uma simbologia dos mais gerais e efetivos meios de comunicação e que só adquirirão um significado específico quando observado no contexto da história pessoal da mesma. As aparições constantes de determinados símbolos serão de grande auxílio para uma posterior análise, pois a repetição leva o observador a reavaliar o real significado dessas aparições no desenho da criança, podendo ter relação com algo marcante e/ou mesmo traumatizante, ou seja, tentando refletir o obscuro emocional.

Quando observado a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, outros tantos dados são levados em consideração para uma análise mais profunda do seu grafismo infantil, desde a presença e/ou ausência de partes da figura humana até a estrutura de distribuição do desenho no papel que denotam

[74] DI LEO, 1991, p. 169.



questões importantes sobre a criança e podem ter um significado conceptual ou afetivo. Desenho da família, por menino disléxico de 7 anos e 10 meses. A figura sem braços é seu permissivo pai. Macho e fêmea são distinguidos pelos seus cabelos.[75]

Conclusão

Ao ressaltar a importância do grafismo infantil buscou-se demonstrar que ele reflete a própria criança. Sendo ela, um ser em constante transição e com emoções a olhos vistos. Suas emoções, dificuldades, anseios, prazeres se desencadeiam sem mesmo que ela perceba e com um simples papel e lápis a criança esboça o seu íntimo da forma mais inocente, revelando assim um pouco do seu mundo. A influência que a sociedade exerce sob a criança, determina sua própria representação gráfica dependendo do seu contexto e de suas experiências, pois se há um mediador entre o mundo real e o imaginário infantil, esse é o desenho.

O desenho torna-se também um refúgio quando lhe faltam palavras, o desenho se torna a fonte. Neste artigo sugere-se que o desenho é um instrumento importante que auxilia numa nova visão sobre a criança, e sua contribuição na questão de se tornar revelador ao ajudar profissionais a conhecer a criança e poder auxiliá-la sendo no aspecto afetivo, emocional e intelectual.

Por meio do desenho, a criança pede, delata, informa tudo que sente, sabe e vê e essa ferramenta facilita a compreensão de profissionais no que envolve uma criança em questão. E esses aspectos só se desencadeiam com a relação que a criança estabelece com o meio, sendo uma ligação orgânica e social, além de auxiliar os profissionais a pensarem a criança como um ser integral, completo. A criança quando madura emocional, cognitiva, afetiva e socialmente, reflete também este amadurecimento no grafismo infantil.

Um desenho maduro favorece detalhes, cores, traços que demonstram com mais clareza o que há por trás do que se vê. Portanto, ao pensar na criança como um ser social, ou

[75] DI LEO, 1991, p. 122.

mesmo sob um enfoque grupal, dá-se a oportunidade de pensá-la também à luz da liberdade. Liberdade por meio da única comunicação que a reflete por inteiro, o desenho.

Referências

BOSSA, N. A. **Dificuldades de aprendizagem** – O que são? Como tratá-las? Porto Alegre, Editora Artmed, 2000.

BÉDARD, N. **Como interpretar os desenhos das crianças**. 2. ed. São Paulo: Isis, 1998.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade:** Validade, técnica de aplicação e normas de interpretação. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

COX, M. **Desenho da criança.** 2. ed**.**Tradução de E. Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DERDYK, E. **Formas de pensar o desenho:** desenvolvimento do grafismo infantil*.* 3. ed.São Paulo: Scipione, 2003.

DI LEO, J. **A interpretação do desenho infantil.** 3. ed**.** Tradução de M. N. Strey. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio** - Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Ed. Nova Fronteira, 1999.

LIMA, L. O. **Piaget:** sugestões aos educadores**.** 2.ed**.** Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

LUQUET, G-H. **O desenho infantil***.* Porto: Ed. Minho, 1969. (original publicado em 1927).

ESTUDANTES DE MEDICINA EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.

Lucas Charafeddine Bulamah,
Maria de Fátima Aveiro Colares
Valéria Barbieri

Introdução

Bastante exploradas pela literatura (Ariès, 1981; Calligaris, 2000;Papalia, Olds e Feldmann, 2006), as peculiaridades sociais, biológicas e psicológicas do período do desenvolvimento a que chamamos adolescência podem desembocar em um período, para muitos, caracterizado por bastante sofrimento.

As modificações corporais que influenciam massivamente as modificações psíquicas (Aberastury, 1988), os impulsos entre o desprendimento e a manutenção dos vínculos frente ao temor do desconhecido, a necessidade de realocação de identificações com a adesão a grupos e as pressões sociopolíticas da individuação marcam um período do qual parte considerável acaba não saindo, como mostram os indicativos de suicídio referentes a este período (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley e Andrews, 1993). Em nossa sociedade, ao final da adolescência e início da vida adulta, ocorre o processo de escolha profissional (ou tentativa de escolha), experiência potencialmente estressora para muitos jovens (Teixeira, Dias, Wottrich e Oliveira, 2008). Ela representa muitas vezes o esforço de implementar um senso de identidade autônomo, o que faz com que o desenvolvimento psicológico dos adolescentes rumo à autonomia esteja diretamente relacionado ao ingresso no ensino superior (Erikson, 1968/1976).

Assim, no caso dos jovens que vão para a universidade, a escolha profissional teria um impacto potencial que vai além da profissionalização. A entrada na universidade implica em uma série de transformações nas redes de amizade e de apoio social dos jovens estudantes.

Surge a necessidade de estabelecer novos vínculos de amizade e, enquanto eles não se estabelecem, o jovem conta apenas com seus próprios recursos psicológicos e o apoio das redes formadas anteriormente (outros amigos e família) para enfrentar eventuais dificuldades que possam surgir em seus caminhos (Diniz e Almeida, 2006; Pascarella e Terenzini, 2005). Aliado a estes potenciais estressores, muitos jovens encaram ainda o problema da saída de casa, que, em muitas culturas, se configura como um marco no desenvolvimento (Seiffge-Krenke, 2006).

Alguns estudos apontam que estudantes de Medicina são candidatos especiais a graves e frequentes formas de adoecimento psíquico (Lima, Domingues & Ramos-Cerqueira, 2006). Enns, Cox, Sareen e Freeman (2001) destacaram os diversos potenciais estressores presentes nesse curso, como sobrecarga horária, privação de sono, comportamento idealizado, contato intenso e freqüente com a dor e o sofrimento, lidar com a intimidade corporal e emocional, contato com a morte e com o morrer, lidar com pacientes difíceis, incertezas e limitações do conhecimento médico, isto é, o medo do erro médico.

Millan e Arruda (2008) destacam que as perdas enfrentadas pelos alunos de Medicina, como a redução das horas de lazer e de contato social, pouca disponibilidade para estar com o parceiro, o fim da idealização do curso e a crescente conscientização dos problemas existentes na profissão médica, somados a uma personalidade que costuma ser exigente, podem, em parte, dar sentido à alta incidência de quadros depressivos. Millan e Arruda escrevem também que, a seguir, aparecem os transtornos de ansiedade, que podem surgir pela intensa competição praticada entre os estudantes pelas melhores notas, por vagas em ligas assistenciais extracurriculares, por estágios no exterior e pela residência médica. Além de tais problemas, o sofrimento e o adoecimento psíquico são estigmatizantes, levando o estudante ao isolamento, muitas vezes infigido pelos próprios colegas.

O índice de suicídio na população médica é superior ao da população geral em todo o mundo (Richings, Khara & McDowell, 1986). Simon (1968, citado por Meleiro, 1998) concluiu, através de uma pesquisa realizada na década de 60, que o suicídio era a segunda maior causa de morte entre os estudantes de Medicina, perdendo somente para os acidentes.

Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa mais atual em estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por Millan, Rossi e De Marco (1990). Os altos índices de suicídio estariam, segundo Wekstein (1979, citado por Meleiro, 1998), relacionados à perda da onipotência, onisciência e virilidade, idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica, tanto antes e durante o curso, quanto também durante o exercício profissional.

Simmel (1926, citado por Millan e Arruda, 2008), sugere que a profissão médica seria uma forma de satisfação dos desejos primitivos ligados ao princípio do prazer, agora aceitos socialmente e ligados ao princípio da realidade. Assim, por meio dela seria possível acessar áreas normalmente inacessíveis e sublimar tendências agressivas e sádicas. Bellodi (2001) também sugere que a escolha da Medicina seja determinada pelo desejo de entrar em contato com os tabus da sexualidade, de modo socialmente aceitável (pela sublimação) e também de lidar com a morte (e com a separação, em ultima instância).

O médico é visto por si mesmo e pelos outros como um ser idealizado e onipotente, capaz de retardar, deter ou mesmo anular a ameaça da morte, um “ser tanatolítico” (Simon, 1971). Assim, ele desenvolve um “complexo tanatolítico”, que possui papel muito importante na opção pela carreira médica. A identificação total entre o *self* do estudante de Medicina e o “ser tanatolítico” é um perigo grave, que favorece o surgimento de culpa pelo fracasso, com a perda da onipotência. Bellodi (2001) também observa não ser raro que o jovem estudante de Medicina seja o filho preferido, tendo recebido não somente uma educação privilegiada, mas também extrema proteção por parte dos familiares. Disso pode resultar que o estudante intimamente arque com mais uma carga de responsabilidade e, caso não obtenha êxito a princípio, encontra no olhar dos pais (reais e introjetados) um potente agente punitivo**.**

O GRAPAL (Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), em São Paulo, o CAEP (Centro de Apoio Educacional e Psicológico), em Ribeirão Preto, o SAPPE (Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante), em Campinas, entre outros Centros de Apoio educacional e psicológico oferecem serviços muito importantes para os alunos dos cursos de Medicina (e também de

outros cursos), contribuindo para o auxílio no desenvolvimento profissional dos mesmos. A realização de pesquisas na área e trabalhos de acompanhamento psicológico, feitas também por estes órgãos, comprovadamente previnem a ocorrência de problemas graves, como o suicídio (Cianflone, Figueiredo & Colares, 2002; Millan & Arruda, 2008; Oliveira, Dantas, Azevedo & Banzato, 2008).

Os estudantes de Medicina devem lidar com demandas advindas de diversas fontes, desde as exigências da própria adolescência e do desprendimento, à rotina estressante e quebra da onipotência ao se depararem com a realidade do curso e da prática médica. Tais demandas podem ser devastadoras à saúde mental de jovens estudantes que possuem ao mesmo tempo redes de apoio insuficientes ou inadequadas para suprir suas necessidades. Esses estudantes serão responsáveis, enquanto profissionais, pelo cuidado daqueles que a eles recorrem. Comprovadamente, uma melhor relação médico-paciente tem efeitos positivos não somente na qualidade dos serviços de saúde, mas também sobre o estado de saúde dos pacientes (Caprara & Rodrigues, 2004).

Os influxos que atingem os estudantes de Medicina que, em um primeiro tempo os levaram a direcionar seus esforços para ingressarem no curso de formação médica e que em um segundo tempo os fustigam de maneira a causar episódios de angústia, muitas vezes rotuladas de “não adaptação ao curso”, são de natureza inconsciente. A direção olhar e da atenção a estes influxos nos próprios estudantes de medicina é definitivamente a contribuição mais importante da psicanálise no que se refere aos fatos aqui tratados, mesmo que seja somente o início do trabalho.

Estes fatores, de grande interesse à pesquisa psicanalítica e ao desenvolvimento do arsenal teórico da disciplina mediante o contato e a exploração de constelações psíquicas inseridas nas situações aqui descritas, também servem ao importante propósito de potencializar o apoio e acompanhamento aos estudantes oferecidos pelas instituições. Desta forma, estando as reflexões aqui tecidas dispostas à exploração e utilização, a pesquisa pode se revestir também de um caráter prático e transformador.

Materiais e Métodos

A pesquisa consistiu num *estudo de caso coletivo* (Stake, 2005), em que foram abordados seis estudantes[76] do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto (FMRP-USP) que apresentaram queixas de sofrimento psíquico e demanda de acompanhamento psicológico ao Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP). Os critérios de seleção foram baseados na idade (entre 18 e 23 anos) e no período do curso (primeiro ou segundo anos), de maneira que o recorte enquadrasse aqueles que ainda estavam às voltas com os efeitos do ingresso no curso universitário.

Em dois encontros com cada estudante em salas reservadas do CAEP, de duração média de uma hora cada um, foram administradas uma entrevista semi-estruturada que abordava pontos específicos do desenvolvimento e da situação contemporânea (identifição, infância, adolescência, ingresso no curso de Medicina, situação de moradia, redes de apoio, razões para a procura do CAEP etc.) e a bateria de testes gráficos do *House Tree Person* (HTP; Buck, 1964/2003) e do Desenho da Família (Corman, 1967). Após a confecção dos desenhos, era requisitado aos voluntários contarem uma estória inspirada em cada desenho, livremente. Conforme houve, por parte de alguns participantes, dificuldades em construir algumas das estórias, o pesquisador interveio com perguntas acerca do desenho e da narrativa.

O pesquisador tomou o cuidado de obter informações acerca de todas as dimensões previstas no roteiro das entrevistas, muito embora as abordagens tivessem sido conduzidas de maneira livre e de acordo com o estilo e as necessidades comunicativas e a narrativa particular do participante. Assim, o caminho foi deixado livre para que os estudantes associassem livremente e também pudessem expressar as defesas atuantes naquele momento e os pontos nodais de angústia. O processo de exploração de tais materiais foi do tipo compreensivo (Trinca, 1984), o qual designa uma série de situações que inclui, entre

[76]Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de participarem da pesquisa, que foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (processo HCRP no 3498/2009 CEP/SPC). As falas dos participantes, quando reportadas, figurarão entre aspas.

outros aspectos, o de encontrar sentido para uma totalidade de informações reportadas e expressas pelo indivíduo através da entrevista e das técnicas gráficas, organizando-as através do referencial psicanalítico de compreensão do indivíduo. Os dados obtidos a partir de cada entrevista com os participantes foram submetidos a uma interpretação de base psicanalítica por meio do *método da livre inspeção* (Trinca, 1983), sob supervisão da orientadora do projeto. Na análise, foram estabelecidos alguns focos como natureza da auto-imagem do estudante e de seus objetos materno e paterno, angústia dominante, defesas principais, nível de desenvolvimento pulsional e egóico, conflitos predominantes e qualidade do relacionamento interpessoal.

Todas as interpretações e associações das produções gráficas e estórias dos voluntários, aliadas aos conteúdos das entrevistas, foram trabalhadas em entrevistas devolutivas que se revelaram muito interessantes e estimulantes tanto para o pesquisador quanto para os estudantes. Posteriormente, os resultados foram comunicados às psicólogas e coordenadoras do CAEP de maneira inespecífica, ou seja, preservando o sigilo de cada um dos participantes, separando e levando devidamente em consideração as transferências que ocorriam entre os alunos e as profissionais e entre os alunos e o pesquisador. Não era intenção manifesta da pesquisa intentar algum tipo de auxílio ao acompanhamento psicológico aos casos atendidos em particular (apesar de que isto tenha ocorrido como efeito), mas sim, de outro modo, contribuir com as reflexões acerca do material para o funcionamento do centro de atendimento como um todo.

Resultados

Sem dúvida, o aspecto mais útil do emprego conjunto dos procedimentos acima especificados foram suas potencialidades de revelar os conteúdos inconscientes – para além das representações conscientes e racionalizadas – que estão subjacentes à personalidade dos estudantes abordados, permitindo inferências acerca das razões que possivelmente influenciem de seus episódios contemporâneos e passados de sofrimento psíquico e também os motivos por suas escolhas pela carreira médica. Angústias de naturezas específicas,

objetos introjetados, núcleos conflituosos, históricos e vínculos familiares bastante peculiares, traumas, Ideais inatingíveis assumem um papel crucial na economia do desenvolvimento psíquico dos participantes e estão intimamente relacionados a suas demandas por acompanhamento psicológico.

A profundidade que as técnicas alcançaram, associadas à livre inspeção dos resultados se revelou frutífera no sentido de inaugurar reflexões inéditas e diferentes daquelas já consagrados na literatura psicanalítica, por exemplo, acerca da personalidade dos estudantes de Medicina. Por exemplo, no sentido em que Ferenczi (1933/1992) e Winnicott (1960/1984) atribuem, o trauma como processo *autoplástico*, na constituição psíquica da voluntária Olívia, assumiu importância muito maior à sua propensão ao cuidado – que reportou como sendo predominante na escolha da carreira médica – do que uma maneira socialmente aceitável de satisfazer desejos associados ao princípio primário, um processo *aloplástico*. Atualmente, um artigo científico comentando esta reflexão está sendo preparado. Outro trabalho comentando a assunção da homossexualidade por um dos participantes como um indício de busca por uma vida criativa, em oposição à base doentia da obediência à heteronormatividade utilizando leituras winnicottianas foi publicado (Bulamah, Santos e Barbieri, 2010). Interessantemente, o participante que relatou uma luta no sentido da assunção de seu desejo homoerótico se revelou como um dos mais insubordinados às injunções e idiossincrasias que caracterizam massiçamente a formação médica.

A diversidade dos relatos e dos constituintes intrapsíquicos dos estudantes não nos autorizam de antemão a teorizar acerca qualquer tipo de generalidade na personalidade dos jovens estudantes de medicina, por mais específico que tenha sido o enquadre. Muito embora algumas semelhanças de fato existam, a atenção à diversidade revela o quanto cada caso porta uma experiência de mundo singular e humana, perturbadora de qualquer tipo de generalização. Pode-se argumentar que o pequeno número de casos não contribui para encontrar generalizações; argumento aceito, ademais, em virtude de o método se tratar de estudos de casos.

Todavia, dentre diversos aspectos semelhantes, vale destacar a presença massiva dos pais como influentes na formação e educação dos filhos, mesmo que somente dois entre os seis relatam sentir que foram os filhos preferidos. A propósito, o retrato dos ambientes familiares, evidenciado por todos os procedimentos de investigação utilizados e, principalmente, pelo Desenho da Família e pelas estórias criadas a partir dele, é muitas vezes caracterizado por vasta aridez afetiva.

É certo que os estudantes, na faculdade de Medicina, estão inseridos em um ambiente de intensa competição, conforme indica tanto a literatura (Lima, Domingues e Ramos-Cerqueira, 2006; Millan & Arruda, 2008) quanto o relato de todos eles. E também se pode dizer que a maioria dos participantes, se não podem ser descritos como tendo personalidades competitivas, relatam em algum momento de suas vidas terem se engajado em alguma competição que envolvia desempenho intelectual, normalmente com êxito.

Os estudantes de Medicina, como um todo, são caracterizados por notável capacidade intelectual, e os voluntários da pesquisa não deixam dúvidas quanto a esta constatação. Porém, o resultado e articulação dos procedimentos da pesquisa indicam os efeitos da separação entre o intelecto e o afeto, operado por muitos dos indivíduos desde cedo. Afirma um deles que, no momento de sua primeira procura pelo centro de atendimento, acreditava que a causa de sua depressão era o mau desempenho no curso, suas notas baixas. Porém, acompanhando sua melhora, depois de uma segunda procura por atendimento, constatou que precisava passar a dar mais atenção a seus “sentimentos”, leia-se, a sua experiência afetiva. Ora, psicanalistas como Ferenczi e Winnicott, com base em reflexões clínicas, observaram o quanto tal divisão da personalidade entre uma parte que pensa muito e sabe tudo e outra parte que nada sente, que é deixada de lado em detrimento da primeira parte, adaptativa, pode ser devastadora para os indivíduos, configurando o suicídio muitas vezes como uma saída aos mesmos (Faria, 2007). Alguns dos estudantes abordados pelo pesquisador sinalizam a exposição de suas personalidades a estas perigosas práticas divisoras da personalidade, agravadas pelo cotidiano extremamente competitivo e agitado do curso de

Medicina, que, explícita ou implicitamente verbalizado por eles, dificulta aos estudantes o cuidado de si próprios.

Todos os estudantes deixaram suas casas, ou para se prepararem para o vestibular em cursinhos ou para ingressarem diretamente na faculdade de Medicina. Este é, sem dúvida, um aspecto importante na compreensão da incidência de sofrimento psíquico nos estudantes, o que é respaldado pela literatura acerca dos movimentos desenvolvimentistas que concernem à adolescência: o processo de separação da família.

Porém, é preciso levar em conta também que estes estudantes se inserem às suas maneiras num universo de características bastante peculiares, o do curso de Medicina e seus componentes: professores, disciplinas, técnicas, colegas, sensibilidades particulares, etc. Quase todos os voluntários experienciam de maneira intensa algumas injunções e práticas características do cotidiano social e estrutural da faculdade, salvo um deles que, mesmo não sendo assolada por estes fatores, tem consciência deles. Explorar como estas características estruturais e relacionais do curso atingem os alunos de maneira rigorosa exige um trabalho mais especificamente direcionado ao tema. É necessário indicar, porém, alguns elementos que este trabalho vislumbrou.

Isto nos direciona a um segundo eixo de discussão, para além de e intimamente relacionado à experiência dos voluntários da pesquisa junto ao cotidiano do curso de Medicina. Como corolário, um relato é apropriado. A voluntária que, dentre os seis, apresentava talvez a situação mais delicada, respondendo à pergunta sobre as dificuldades que experienciava no momento da busca por acompanhamento, comentou que na consulta a um psiquiatra fora diagnosticada com “transtorno de adaptação”.

Para além da obviedade do diagnóstico[77], a declaração do psiquiatra é interessante por um duplo propósito. Primeiro, pelo quadro diagnóstico em si e, segundo, pela questão dos predicados que envolvem a chamada vocação médica.

[77]A voluntária, no momento da eclosão de seu quadro de angústia, encontrava-se no primeiro ano de um curso universitário, fora de casa, desta tendo saído de maneira atabalhoada, não realizava atividades prazerosas, etc.

A questão da vocação médica[78] é crucial, estando presente nos relatos de todos os seis voluntários da pesquisa de maneiras, é claro, bastante diferentes, mas sempre aparecendo de forma a levantar suspeitas de uma espécie de não conformação e distanciamento aos itens da cartilha velada de características desejáveis ao futuro médico. Alvo de muitos estudos (Arruda e Milan, 1999) que intentam defini-la, enquadrando, mesmo que psicanaliticamente, as características psicossociais dos candidatos à carreira e médicos formados e atuantes. Principalmente, a personalidade do médico é tipificada de uma maneira que pode assolar os jovens estudantes de maneira atroz, pois qualquer "desvio" das características ideais de um futuro médico é de antemão condenada e, ao contrário de servir de um propósito crítico e estimulante, tais desvios são vistos como psicopatológicos. A condenação parte de diversas frentes: da literatura, da tradição cultural, dos professores, dos pais reais e introjetados, do grupo de colegas estudantes, do Ideal. A propósito, a tipificação é tamanha que não há comparação: não se obtém na literatura nada tão numeroso quanto trabalhos a respeito da "vocação médica" e da personalidade comum desejável dos futuros médicos. Nem "vocação oceanográfica", nem "vocação cientista social", nem "vocação biológica", nada se aproxima do excesso de estudos e teorias que tipificam a personalidade do médico.

O "ser médico" e suas identificações associadas é um título altamente valorizado no comércio do cotidiano acadêmico. Cria um círculo de associações baseado em afinidades identificatórias entre aqueles que se sentem mais bem-adaptados às exigências do curso (e às suas próprias definições identitárias). Porém, aqueles que por alguma razão não se

Ou seja, cabe aqui a constatação assaz evidente da qual partira um diagnóstico psiquiátrico: estava em fase de adaptação.

[78]Segundo Cornil e Ollivier (citados por Arruda e Millan, 1999), os candidatos à carreira médica devem possuir dois grupos de aptidões, maiores e menores. Entre as primeiras: boa constituição física; todas as formas de memória; as diversas formas de atenção; qualidade de observação; bom nível de inteligência lógica e crítica; julgamento e raciocínio sensatos; aptidão assaz desenvolvida no que respeita à classificação, à ordem e ao método; certa facilidade de expressão. Entre as segundas: um sentimento desenvolvido de respeito pela personalidade humana; sólido bom-senso; objetividade; espírito vivo e decisão; julgamento sobre o plano pragmático; grandes possibilidades de adaptação; gosto pela responsabilidade; curiosidade discreta; coração, sensibilidade compreensiva e discreta; generosidade e dedicação; estofo moral intacto. Quase todas estas exigências são imprecisas e bastante curiosas, configurando um terreno muito interessante para a pesquisa e para a crítica.

sentem suficientemente afortunados em termos adaptativos, se aproximam perigosamente de fragmentações da personalidade e dos laços sociais num cenário potencialmente psicopatológico.

Como conclusão, podemos tirar o fato de que o apoio aos estudantes de Medicina é, evidentemente, necessário. Um dos voluntários reportou, inclusive, acreditar ser visto pelos colegas como o "suicida do ano", dado que no ano anterior à coleta de dados, um estudante de Medicina do primeiro ano havia cometido suicídio. O emprego das técnicas aqui utilizadas e o método de investigação, utilizando a compreensão psicanalítica revelou, acredita-se, dois elementos de interesse: a necessidade de atenção à diversidade em uma aproximação clínica que valorize as experiências pessoais de cada aluno em situações de dificuldade e muitas vezes de risco e o cotidiano estrutural e social da faculdade de Medicina, que revela, nos alunos menos "adaptados", suas facetas mais perversas. Portanto, o apoio aos alunos é, neste aspecto, necessário, não somente para influenciar em suas adequações ao comércio de injunções e identidades que circula de maneira muitas vezes explícita pelos grandes halls e auditórios da prestigiosa faculdade, mas, principalmente, para estimulá-los a lutarem em prol de possibilidades de inserções criativas, no meio e na profissão médica se for este realmente o caso. Antes da infelicidade da desadaptação, convém olhar a sabedoria da insubordinação

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. et al. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988

Ariès, P. *História social da criança e da família*. São Paulo: Zahar, 1981

Arruda, P. C. V., Millan, L. R. A vocação médica. In: *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

Bellodi, P. L. O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Buck, J. N. *HTP Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor. (Original publicado em 1964), 2003.

Bulamah, L. C., Santos, M. A., Barbieri, V. A homoafetividade como despertar do verdadeiro self. *Anais do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental: O amor e seus transtornos*. Curitiba, 4 a 7 de setembro de 2010. Disponível em http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/posteres/PO18-Lucas-Charafeddine-Bulamah--Manoel-Antônio-dos-Santos-e-Valeria-Barbieri.pdf. ISSN 1984-3089

Calligaris, C. *A adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000.

Caprara, A. & Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9:139-46, 2004.

Cianflone, A. R. L., Figueiredo, J. F. C. & Colares M. F. A. O Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP): história e perspectivas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 35(3): 392-6, 2002.

Corman, L. El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz, 1967.

Diniz, A. M., & Almeida, L. S. Adaptação à universidade em estudantes de primeiro ano: Estudo diacrônico da interação entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1(XXIV), 29-38, 2006.

Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J. & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. Medical Education, 35(11):1034-42, 2001.

Erikson, E. H. (1968). Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

Faria, F. D. M. *A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott.* Winnicott e-prints, 2(1), 2007.

Ferenczi, S. (1933). Confusão de línguas entre adultos e crianças. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J.A. Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students.*Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144, 1993.

Lima, M. C. P., Domingues, M.S. & Ramos-Cerqueira, A.T.A. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.6, p.1035-41, 2006.

Meleiro A. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2):135-140, 1998.

Millan L. R., Rossi E. & De Marco O. L. N. O suicídio entre estudante de Medicina. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 45: 145-9, 1990.

Millan, L. R. & Arruda, P. C. V. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 anos de experiência. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online], vol.54, n.1, pp. 90-94, 2008.

Oliveira, M. L. C. de, Dantas, C. de R., Azevedo, R. C. S. de, & Banzato, C. E. M. Demographics and complaints of university students who sought help at a campus mental health service between 1987 and 2004. São Paulo Medical Journal [online], vol.126, n.1, pp. 58-62, 2004.

Papalia, D. E., Olds, S. W & Feldmann, R. D. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

Pascarella, E. T., & Terenzini, E. T.*How college affects students: A third decade of research*. (Vol. 2). San Francisco: Jossey-Bass, 2005.

Seiffge-Krenke, I. (2006). Leaving home or still in the nest? Parent-child relationships and psychological health as predictors of different leaving home patterns.*Developmental Psychology*, 42(5), 864-876, 2006.

Richings J. C., Khara G.S. & Mc Dowell M. (1986). Suicide in young doctors.*British Journal of Psychiatry*, 149: 475-8.

Simon R. “O complexo tanatolítico” justificando medidas da psicologia preventiva para estudantes de Medicina. *Boletim de Psiquiatria*, 4(4): 113-5, 1971.

Stake, R. Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 433-466). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.

Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., Wottrich, S. H. et al. Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 185-202, 2008.

Trinca, W. *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica.* São Paulo: EPU, 1984.

Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: *The maturational processes and the facilitating environment.* London: Karnac Books, 1984.

GÊNERO E SAÚDE MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO OPERATIVO COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Anamélia Alvarenga Nascimento

RESUMO

O presente trabalho aponta a importância do processo grupal no rompimento da violência doméstica, a partir de relatos das mulheres atendidas no Centro de Defesa e Convivência da Mulher - Viviane dos Santos, na zona leste de São Paulo. O grupo terapêutico utilizou a técnica de Grupo Operativo de Enrique Pichon-Rivière, tendo como recurso disparador músicas da MPB. O avanço da discussão da violência contra a mulher pelo Movimento Feminista possibilitou a implementação de Políticas Públicas como o estabelecimento da Lei Maria da Penha. Também constata-se que o enfrentamento a violência contra a mulher se dá no âmbito da saúde, em especial da saúde mental, pois muitas destas mulheres acabam "enlouquecendo" por conta das violências vividas. No processo grupal, ao reverem suas matrizes de aprendizagem sociais e subjetivas, compreendendo a construção socio-histórica da violência e a luta pela garantia de direitos como sujeitos sociais, elas puderam resignificar a si mesmas, afim de não apenas superarem psiquicamente a violência, como também, serem protagonistas de sua história. As contribuições da Psicologia Social Crítica também se fizeram necessárias, principalmente a Teoria da Identidade de Antonio da Costa Ciampa auxiliando-as a entenderam sua dinâmica psiquica, sua identidade, metamorfoses e a busca por emancipação. Palavras-chave: gênero; violência; grupo operativo

MENINAS DE RUA: UM ESTUDO SOBRE OS FATORES FAMILIARES QUE VULNERABILIZAM ADOLESCENTES QUANTO À EXPLORAÇÃO SEXUAL

Tereza Elizete Gonçalves;
Juliana Meirelles de Lima;
Raquel Marques;
Aline Hellen de Carvalho

Este trabalho fora desenvolvido através de projeto de extensão da Unitau e pretende apresentar dados sobre dinâmicas familiares tecidas em tramas de violência em suas mais diversas configurações, notadamente a negligência e traumatização psicológica. Destaca o papel da progenitora como agente de desproteção, de negligência ou deincentivo e indução da filha à situação de vivência de rua e exploração sexual juvenil. Foram realizadas pesquisas exploratórias e atendimentos com jovens e familiares em instituição pública no município. Constatamos que o abandono escolar, as descontinuidades no vínculo mãe/filha, assim como rivalidades, ameaças e persecutoriedade, multiplicam as distorçõese incompreensões, que resultam na deserção das jovens do ambiente doméstico. Embora algumas delas refiram optar por viver em outros espaços de exploração, elas se encontram encurraladas pela violência, expondo-se à este fenômeno perverso, que irá consumir seus corpos, sua saúde e sua subjetividade. Dominadas pela carência afetiva e falta de condições de subsistência, elasse tornam vulneráveis à ação de exploradores que a aliciam às práticas de prostituição, engolfadas por uma rede de violência, endividamento e submetimento, da qual dificilmente sairão para retomar condições condignas de vida. O trabalho aponta para a importância de fatores políticas públicas de identificação, resgate, tratamento e revinculação dessas meninas nos planos social, familiar, educacional e emocional. Termos Chave:Negligência Materna; Exploração sexual; prostituição juvenil

RELAÇÕES VULNERÁVEIS, SAÚDE EM RISCO

Maria Estela Escanhoela Amaral Santos

Resumo:

A fragilidade nas relações humanas, especialmente os vínculos parentais, demonstram as dificuldades de viver sem que se tenha atingido certo grau de amadurecimento para enfrentar as pressões internas ligadas às competências e às demandas provenientes das relações de dependência (família, trabalho e comunidade). Com base nos conceitos de D.W.Winnicott e outros autores, cujo enfoque refere-se às questões de parentalidade, conjugalidade e família, a proposta é de reflexão acerca de idéias e concepções psicanalíticas sobre o tema.Como ilustração, além de vinhetas clínicas, será apresentada a experiência que vem sendo desenvolvida com um grupo de mulheres – OPERA (observar, perceber, respeitar e apoiar), como modelo de intervenção clínica.

Palavras-chave: dependência, vínculo, relação, grupo, apoio, amadurecimento.

APRESENTAÇÃO

Motivações internas associadas a experiências do cotidiano social e clínico me conduziram à construção de idéias, reflexões e revisões teóricas acerca da difícil arte de viver sem depender de algo ou de alguém. Não existe essa possibilidade – caminhamos, ao longo da vida em busca do amadurecimento, mas jamais atingiremos a total independência. Absoluta, só mesmo a dependência a que encontra-se o bebê ao “escorregar” no misterioso mundo fora do útero.

Não há existência biológica e muito menos psicológica se não houver mãos que segurem, olhar que “escute”, seio que sacie a fome e alimente a alma com ternura – é preciso um elo que se funde, se mistura, se confunde para mais tarde ocorrer o desmame que

inaugura a vida: da ilusão de ser uma extensão à capacidade de ser único, singular, sujeito do mundo.

Como as tramas do viver não são tão simples e tão poéticas, nos deparamos com toda a espécie de sofrimento, desilusões, encantamentos, construções, paralisações, manipulações sempre num emaranhado de emoções, especialmente porque vivemos diferentes relações e vinculações. Atravessamos as etapas do desenvolvimento entre uniões e separações, cujas experiências são vivências únicas – para cada filho há uma família distinta, para cada obra de arte, diferentes percepções e interpretações.

Não pudemos escolher nossos pais, mas eles se elegeram para ter um ou mais filhos. E agora, o que está por trás dessa história?

INTRODUÇÃO

Antes de constituir uma família, o casal seguiu alguns passos, talvez os mesmos seguidos por seus pais e esses, os dos pais deles, para selar a união de duas personalidades, dotadas de um complexo intrapsíquico, influenciadas por mecanismos interpsíquicos, bem como de heranças geracionais.

Embora a contemporaneidade esteja aberta a derrubar tabus e a quebrar paradigmas até então inaceitáveis, continuam persistindo as buscas em torno de relacionamentos que satisfaçam os desejos de ser e pertencer, de ocupar um lugar significativo no aglutinado de pessoas, cujos laços, mesmo que não sejam de sangue, formam a mesma família.

Seja por identificação com as figuras parentais, seja por defesas ou fantasias inconscientes, pares se formam sem que tenham consciência do tipo de relações que estão sendo estabelecidas. Projeções, introjeções, conluios, idealizações, manipulações, são alguns dos mecanismos presentes que podem interromper um namoro ou conduzir o par à experiência da conjugalidade. Podemos dizer que quando duas pessoas estão atraídas pelo sentimento de que “juntos somos um só, ou somos almas gêmeas”, atingiram um grau de regressão como a que se passa entre a mãe suficientemente boa (conceito criado por

Winnicott, 1956) e seu bebê para que haja um desenvolvimento favorável em direção ao crescimento e ao amadurecimento.

Porém, quando se trata de duas pessoas adultas, essa empatia regressiva pode ser sinal de imaturidade ou de uma forma inconsciente e prevalente de comunicação. Da mesma maneira que revela e oculta segredos, pode despertar angústia e quem sabe, a busca do desmembramento da dupla – diferenciar-se para constituir-se em dois ou mais.

No dizer de Winnicott (1969), as lembranças e os sentimentos inerentes a cada ser humano guardam uma relação com o passado, o que contribui para a compreensão do presente no que diz respeito à relação parental e outros grupos sociais. Tudo isto é parte da atmosfera que tem origem no passado e que contribui para o surgimento de uma nova família.

Muitos casais cheguem à sala de análise quase à beira do colapso e muito pouco pode ser feito no sentido de ajudá-los a separar os conteúdos intrapsíquicos dos interpsíquicos e dos que pertencem ao transgeracional, antes que eles sucumbam à separação conjugal.

Separam-se, mas os conflitos permanecem e havendo filhos, a parentalidade tende a ficar ainda mais prejudicada – se a vida em triângulo estava difícil, pior agora, cujo sentimento de exclusão e abandono se exacerba com a saída de um membro, geralmente o marido. O sentimento de fracasso, a frustração, a reatualização de fantasias de abandono, podem gerar a necessidade de vingar-se do parceiro que por coincidência é pai e continuará sendo por toda a vida. O rancor, o ódio, impede a capacidade de discernimento entre o homem que um dia fora objeto de escolha como parceiro e o mesmo homem que é pai e quer manter a função paterna em outras circunstâncias.

O importante, quando o pai está ausente, e para todas as crianças, seja qual for sua idade, é conservar a idéia de sua presença e a confiança nele. (Dolto, 2008, p. 14).

Infelizmente, é pouco comum observar-se a tentativa de preservação da figura paterna no momento de dissolução da família; independente da idade, é comum o jogo de disputa e manipulações envolvendo um ou todos os filhos do casal em crise.

O luto frente às perdas (do objeto amado, da família desfeita, das ilusões, dos bens materiais, do lugar ocupado na subjetividade do outro) pode desencadear sentimentos

ambivalentes, ora depressivos, ora hostis entre os membros do grupo familiar e o processo de elaboração dependerá do grau de capacidade de todos ou da maioria em tolerar a ambivalência de modo construtivo. Principalmente à criança, deve-se garantir o amor de ambos os pais independente dos conflitos conjugais e são eles que deverão fazê-lo, pois a imaturidade infantil não tem alcance à associação de que o pai que foi embora de casa e aparece de vez em quando continua nutrindo o mesmo amor à distância.

Separações abruptas, inesperadas, desestabilizam um mundo que parecia seguro e protegido junto à família. Vários são os casos, envolvendo homens ou mulheres, que chegaram à minha clínica em busca de ajuda após o rompimento de um ciclo familiar descrito até então como harmonioso. Geralmente, um dos cônjuges alegava ter sido surpreendido pela entrada de um terceiro na dupla e pelo que eu podia perceber no trabalho psicoterápico, a surpresa declarava o que não podia ser visto, tornado consciente ao elemento traído. Havia um pacto inconsciente entre o casal que mantinha o casamento, a família, selada por uma caricatura “feliz” até que o pacto era desfeito através de uma atuação, ou seja, havia algo que não podia ser pensado.

A busca de ajuda profissional, nesses casos, contribui para que se descortinem os segredos e se caminhe para o encontro com a própria subjetividade e o estabelecimento de novas relações onde a troca seja possível sem que se perca a individualidade. O processo analítico propõe que se construa a capacidade de pensar (transformar emoções e sensações de vazio em capacidade de pensar) [(Bion, In: Ruffiot e o aparelho psíquico de pensar, 1981,1984)], o que simplificadamente significa dotar-se de um existir autônomo, mesmo inserido no grupo.

No artigo “Filhos não são peões de tabuleiro” (Santos, 2010) e conforme as considerações acima convido o leitor a algumas reflexões. Muitas mães quando abrem a boca para dizer “meu filho" parece que validam a possessão narcísica desse objeto de amor e o investimento libidinal contido nessa “propriedade” define a fusão e o apoderamento daquele ser que é humano, único e segundo Winnicott, com potencial herdado para o desenvolvimento.

O útero materno, ninho fértil para o surgimento de uma nova vida, parece demandar uma conta impagável, principalmente se o filho não corresponder às expectativas da mãe tida por si mesma como protetora. E é de acordo com essa visão e postura que ela controla e manipula a prole, acreditando ser a que melhor cuida e entende os filhos, distanciando ou impedindo o pai de exercer sua função, chegando a colocá-lo em situação de descrédito comparado a ela.

As disputas acabam sendo mais acirrada no caso de separações litigiosas e normalmente, por valer-se da Lei que a protege, a mãe fica com os filhos e os "negocia" como melhor lhe convier. Não é em vão que a Guarda Compartilhada, na maioria das vezes, é requerida pelo pai.

"A criança, que fica sob a guarda de somente um dos genitores, na maioria das vezes a mãe, perde o referencial da presença de ambos os pais em sua vida. O filho **perde** (grifodo autor) o pai que acaba por tornar-se uma visita ou mero provedor da pensão alimentícia". (Casabona, 2006).

Hoje, com a igualdade de funções sociais e profissionais entre homens e mulheres, a divisão de tarefas domésticas tem possibilitado o pai exercer com a mesma destreza e ternura os cuidados necessários com filhos pequenos, bebês inclusive. Sem falar que muitos, após a separação conjugal, moram sozinhos e administram o novo lar, mantendo a mesma estrutura do lar-conjugal. Para surpresa e angústia da mulher, seus argumentos como a guardiã indicada no caso de divórcio envolvendo filhos, estão se tornando inconsistentes.

"Assistimos, na entrada do século XXI, a um novo modelo comportamental, com pais mais participantes afetivamente na vida de seus filhos, bem distantes do modelo patriarcal do século XIX. São pais que trocam fraldas, dão papinhas, e viram as noites quando seus filhos adoecem. Não é justo mantê-los distantes de seus filhos na separação conjugal, desqualificando-os como meros visitantes, contribuindo desse modo para a retirada de sua responsabilidade e autoridade com relação a tudo o que se refere aos filhos". (Carvalho, M.L.M. In: Casabona, 2006, p.233).

Além de manipulações por parte de mães narcísicas que se julgam perfeitas e imprescindíveis, há que se pensar que a disputa de guarda de menores na dissolução do casamento, deixa evidente os conflitos referentes à conjugalidade e o casal parental parece envolvido de tal forma num mecanismo que os impossibilita a percepção do jogo manipulativo envolvendo os filhos. Esses ficam entre os ataques diretos e sentimentos hostis revelados. São movidos e estimulados a tomar partido de um lado ou de outro como se fossem parte do par conjugal e não frutos de uma relação primária de amor.

A separação conjugal não pode se sobrepor ao exercício da parentalidade, pois a criança precisa de ambos os pais para ter um adequado desenvolvimento emocional. Como parentalidade entendemos o processo pelo qual uma pessoa se torna pai ou mãe do ponto de vista psíquico (Salomé, 2011, ao se referir a Houzel, 2004, numa das aulas do curso Stress Parental promovido pelo Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo). E acrescenta: “ o processo da prentalidade engloba três dimensões – o exercício da parentalidade (aspectos fundadores da organização), a experiência da parentalidade (aspectos subjetivos) e a prática da parentalidade (tarefas do cotidiano).

“A guarda compartilhada é, pois, o caminho possível para assegurar aos filhos de pais separados a presença contínua de ambos os genitores”. (Casabona, 2006, p.233).

Na minha prática pude constatar que não são apenas as crianças pequenas que inibem os sentimentos de amor e confiança em relação ao pai, pressionados pelos ressentimentos maternos nutridos pelo ex-cônjuge. Há pouco tempo me deparei com uma jovem que apresentou uma disfunção somatopsíquica aguda, fato que mobilizou o encontro de pais separados, cuja comunicação era praticamente inexistente e de péssima qualidade quando se fazia necessária. A volta do pai para o lar de onde havia saído de forma violenta, no sentido psicológico do termo, há mais de quinze anos, e mais que isso, a união do casal parental em torno de uma vida que fertilizaram juntos, foi o suficiente para a integração da filha, que no aqui e agora da sessão analítica, pode elaborar os pedaços que faltavam para viver

internamente, sem culpa, o elo de amor que a une ao pai, independente das razões que culminaram com o rompimento do vínculo matrimonial de seus pais.

"Quando esta sente que continua a ocupar um lugar central na vida dos pais, volta a confiar na sua capacidade de suscitar amor e projeta-se no futuro." (Gomes & Llevy, 2009, p. 234).

Portanto, a confusão gerada em torno da conjugalidade, parentalidade e família, no que se refere aos lugares, espaços, papéis e funções de cada um em cada posição, não se limita ao mundo infantil porque a lógica do mundo interno não obedece a uma organização planejada, como se fossem gavetas distintas dividindo razão de emoção.

O existir é isso – no meio de tantas gavetas que nos habitam desde as heranças de três a quatro gerações, pelo menos - ser capaz, com o suporte primário (mãe) e depois, com as relações subseqüentes, de constituir-se como sujeito único inserido numa história.

REFLEXÕES

Escrever é um ato criativo sustentado por um corpo técnico-teórico que nos permite bailar – sim, porque mesmo que dancemos sozinhos aprendemos com alguém, dependemos de uma melodia que nos direcione os passos.

Experiência não se compra, se constrói, desde que estejamos disponíveis, atentos aos passos e descompassos que o aprendizado incorpora, enfim, que deixemos de lado a onipotência para podermos compartilhar com o outro que detém saber maior. Onde existe a oportunidade de troca e se aproveita, ocorre o crescimento.

"Não existe sociedade que não seja formada senão por indivíduos, não há plenitude pessoal sem sociedade, e não há sociedade fora dos processos de crescimento coletivo dos que a compõem." (Winnicott,1999, p. 149).

Para esse autor a maternagem satisfatória inclui o pai, mas antes disso, ele é significativo enquanto homem, depois é que surge a família, com a união de pai e mãe e que irão compartilhar a responsabilidade por algo que fizeram juntos: um bebê.

A maternagem global (incluindo o casal parental), independe de condições exemplares de vida, ou seja, para Winnicott (1999, p.150), um bebê ou criança pode estar mais seguro num cortiço e "melhor" como ambiente facilitador do que uma família com uma casa bonita, onde não existem as perseguições comuns (superpopulação, inanição, infestações, ameaça constante de doenças físicas,desastres naturais).

De fato, o que vemos em nossa sociedade e pelo que se sabe, em muitas outras também, são pais segregando seus filhos de toda ordem de diferenças, como tentativa de protegê-los da cultura a qual não pertencem. Será que o estabelecimento mais próximo possível de uma faceta de realidade igualitária, garantirá confiança no ambiente depois que essa criança se tornar adulto e tiver que seguir o próprio caminho? E as escolhas objetais posteriores garantirão um padrão de felicidade se a busca permanecer atrelada aos desejos parentais? E a alteridade terá como ser atingida se o diferente não pode ser visto e respeitado?

Não seria esse um dos caminhos para se entender os casamentos e recasamentos, as novas configurações familiares que causam tantos conflitos e estranhamentos?

"Confrontadas com a separação parental, muitas crianças são invadidas por um intenso sentimento de perda de referências afetivas, na medida em que a ruptura da relação entre os pais constitui-se em ameaça ao vínculo que as une a cada um deles.Não mais têm a família em torno delas, mas deverão aprender a conviver com duas casas, dois distintos modos de vida e, muitas vezes, com a chegada de novos companheiros na casa dos pais e crianças, filhos daqueles ou da nova relação." (Gomes & Levy, 2009, p. 221).

"Quando a comunicação dos pais é possível e a criança pode exprimir-se livremente, sua educação poderá ser assumida pelos diversos adultos que intervém na sua vida. Assim é que a distribuição de papéis fica menos rígida quando o progenitor aceita a presença de um novo cônjuge na vida do ex-parceiro". (Gomes & Levy, 2009, p. 229).

Recorre-me o caso de uma mulher em briga judicial para impedir o acesso do ex-marido a uma participação mais efetiva na vida dos filhos. Pelo que percebi em seu discurso, amor e ódio se revezavam ao contar sua história de amor com esse homem – de uma paixão

plena e fugaz, houve tempo para um casamento, uma gravidez não planejada, uma ou mais traições em seu entender e o triste fim de um romance. Talvez movidos por uma escolha narcísica, sustentada por idealizações de ambas a partes, não houve a possibilidade da passagem da ilusão para a desilusão, conteúdo da realidade. Como conseqüência, a falta de confiança, o sentimento de abandono, heranças da traição e da separação, são transformados em vingança, onde os filhos pequenos são controlados e manipulados como peões de tabuleiro que visam atacar o inimigo. (Santos, 2010).

Winnicott (1997) fala da maturidade como fenômeno da saúde e dentro do conceito da maturidade toma a família como fundamental no estabelecimento da saúde individual. Para ele, a existência da família e de pais que se sentem responsáveis e apreciam essa responsabilidade serão capazes de promover o apoio compreensivo aos filhos.

Mesmo diante das dissoluções familiares e a constituição de outros lares por parte de um ou de ambos os pais, é importante deixar intacta a existência do lar, da família e do pai e da mãe como representações psíquicas estáveis e estruturantes na mente da criança.

Quando isso não for possível, por razões onde “a organização conjugal ou familiar estiver marcado por um funcionamento indiferenciado” (Ruffiot, 1981,1984), o autor indica a terapia psicanalítica de casal ou de família, cujo espaço permite a expressão dos conflitos e da vida fantasmática que impede o bom funcionamento do grupo.

OPERA – a vida em forma de arte, a arte de viver a vida

Semelhante à arte musical de retratar a vida, um grupo de quatro mulheres, mães de crianças entre um ano e meio e três anos, reúnem-se, semanalmente, no consultório da autora-psicoterapeuta durante uma hora e quinze sob a coordenação da mesma.

A iniciativa partiu de uma jovem senhora, separada, sem filhos que procurou-me com a idéia de formar um grupo de apoio psicológico mediante a necessidade que ela e muitas conhecidas apresentavam em ter um espaço para expressar, discutir, refletir conjuntamente com um profissional, questões pertinentes a cada uma em relação às várias facetas do mundo subjetivo e real.

De oito integrantes iniciais, há cerca de um ano, quatro permanecem em processo psicoterapêutico até o momento – as afinidades em relação à maternidade contribuíram para a seleção natural das pacientes. Três são casadas, a quarta é solteira e tem um filho de três anos.

A liberdade de expressão, a ética e a troca de experiências são princípiosestabelecidos no grupo, bem como o movimento de respeito e ajuda entre todas,

mediadas pela psicoterapeuta, têm contribuído para o enriquecimento e o amadurecimento de cada uma em termos de subjetividade e intersubjetividade na diversas funções e relações com o ambiente que as circundam.

O OPERA (nome escolhido para identificar o grupo) tornou-se um lugar seguro, protegido, possível de ser habitado e experimentado como um *ambiente de holding* (Rodman, 2006, p. 297). “Como pode a vida pessoal florescer onde ela não é protegida?” (p. 298).

Sergio Keddy (1995, pp. 100-101), citado por Batisitelli (2010, p.157), diz que “o setting winnicottiano é um ambiente facilitador, com um analista suficientemente bom, capaz e disponível para se adaptar às necessidades do paciente, oferecendo uma nova chance de desenvolvimento.”

Assim como as crianças beneficiam-se em seus lares compartilhando experiências com os irmãos, no OPERA, essas mulheres podem regredir à experiência de dependência sob a confiança (presença da analista) de que ali podem compartilhar angústias, inquietações, necessidades e sentir-se real.

“Os adultos amadurecidos, destruindo e recriando o velho, o antigo e o ortodoxo, infundem-lhe nova vitalidade. Nesse processo os pais ascendem um degrau, depois descem um degrau, e se tornam avós.” (Winnicott, 1997, [1960]).

Ao referir-se à saúde como maturidade emocional, Winnicott, 1997, p. 148) diz que o desenvolvimento emocional começa por ocasião do nascimento e prolonga-se por toda a vida; portanto, é sempre tempo de recuar a estados e padrões de vulnerabilidade e dependência para poder se identificar e participar da alteração do ambiente rumo ao amadurecimento.

CONCLUSÃO

"" Quando o futuro não pode ser visado por intolerância às perdas passadas, não se pode "sofrer" as experiências vividas – e não se é capaz de "sofrer" a dor, disse Bion (1967), também não se é capaz de "sofrer" o amor.""

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Passos,M.C. (2003). "*A Família não é mais aquela: alguns indicadores para pensar suas transformações."* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 13-25.

Wagner,A. (2003). "*A família e a tarefa de educar: algumas reflexões a respeito das famílias tradicionais frente a demandas modernas".* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 27-33.

Féres-Carneiro,T.(2003). "*Construção e dissolução do laço conjugal na psicoterapia de casal."* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 201-214.

Gomes,I.C.(2003). "*Alcances e limites da psicoterapia psicanalítica com casais e família."* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 215-224.

Magalhães, A.S.(2003). *"Transmutando a subjetividade na conjugalidade."* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 225-245.

Prado, M.C.C. de Almeida (2003). "*O tempo e a cripta no sofrimento psíquico entre gerações."* Em: Féres-Carneiro,T.(org.). Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro. Edições Loyola, p. 247-266.

Levy, L.&Levy, T. F-C.(2008). *"O aparelho psíquico grupal familiar."* Em: Gomes, I.C.(coord.). (2008). Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 28-37.

Gomes.I.C.& Levy,L.(2009). "*O mal-estar e a complexidade da parentalidade contemporânea."* Cadernos de Psicanálise-SPCRJ, nº 28, v.25, p. 217-238(2010). Rio de Janeiro.

_____ (2010)."*Casamentos e recasamentos: diferentes tempos de um encontro amoroso."* _____, nº 29, v.26, p. 19-34, 2010. Rio de Janeiro.

_____. (2009). *Psicanálise de família e casal: principais referências teóricas e perspectivas brasileiras."* Aletheia, 29, p. 151-160.

Calil, V.L.L. (1987). Terapia Familiar e de Casal. São Paulo: Summus Editorial.

David, P. (1977). Psicanálise e Família. São Paulo: Martins Fontes.

Casabona, M.B. (2006). Guarda Compartilhada. São Paulo: Quartier Latin.

Tagore, R. (1972). "*O presente".* Em: Tagore, R. Obras selecionadas: o jardineiro; lua crescente; gitanjali; o cisne. Rio de Janeiro: Livros do Mundo Inteiro, p. 142.

Jornal de Psicanálise(1997). "*Entrevista com Alberto Eiguer*". Em: Jornal de Psicanálise, São Paulo, 30(55/56): 253-261, jun. 1997.

_____. "*A família como lugar de transmissão cultural."* Em: _____: 263-276, jun. 1997.

_____(2010). "*Caminhos na elaboração de um luto*." Em: Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 43(79): 155-162, dez. 2010.

Winnicott, D.W. (!999). Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes.

_____.(1997). A Família e o Desenvolvimento Individual. São Paulo: Martins Fontes.

Motta, I.F. (Org.). 2006. *Psicanálise no século XXI. As conferências brasileiras de Robert Rodman.* Aparecida, SP: Idéias e Letras.

Dolto, F. (2008). "*Quando o pai vai embora."* Em: Quando os Filhos Precisam dos Pais. Dolto, F. São Paulo: Martins Fontes, p. 13-14.

Paiva, M.L.S.C. (2009). *"As interfaces na constituição do vínculo conjugal".* Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do estado de São Paulo, nº2, v. 10, p. 62-69. São Paulo.

_____; Zanetti, S.A. (2009). "*Transmissão psíquica transgeracional de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular."* Psicologia USP, janeiro, março, 2009, 20(1), 03-108. São Paulo.

Araujo, M.F. (2005). "*Diferença e Igualdade nas relações de Gênero: revisitando o debate."* Em; Psicologia Clínica, nº2, v. 17, versão impressa, ISSN C103-5665. Rio de Janeiro.

Sabaddini, A.A.Z.P.; Sampaio, M.I.C.; Koller, S.H. "*Preparando um Artigo Científico*." Em: _____ (orgs.). Publicar em Psicologia: um enfoque para a revista científica. São Paulo: IPUSP; Casa do Psicólogo; Conselho Federal de Psicologia; ABECIP, p. 123-170.

Kaës, R. (2011). Um Singular Plural.: a psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Edições Loyola.

Eiguer, A. (1985). Um Divã para a Família. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pincus&Darke (1987). Psicodinâmica da Família. Porto alegre: Artes Médicas.

Soifer, R. (1989). Psicodinamismos da Família com Crianças: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes.

IMIGRAÇÃO E VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA AS MULHERES NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

Dora Mariela Salcedo Barrientos.
Vanessa Macedo Dias.
Jessica Silva do Nascimento.
Susana Souza Santos.
Marina Gemma.
Rosangela Menezes Herbas.

Resumo

No pré-natal, a mulher utiliza os serviços de saúde freqüentemente, possibilitando um maior vínculo serviço-paciente favorecendo a identificação de da violência. Entretanto, analisando a realidade dos atendimentos, percebe-se uma invisibilidade das situações de violência, dificultando a abordagem aprofundada e o enfrentamento a uma população especifica relacionados com os migrantes na zona leste de São Paulo. Este estudo teve como objetivo compreender nos processos de trabalho da ESF, as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde de grávidas vítimas de violência doméstica relacionada com o fenômeno da imigração na zona leste de São Paulo. Utilizou-se uma abordagem quanti-qualitativa sustentada pela TIPESC (Egry,1996) e a categoria analítica Gênero. Realizou-se em uma UBS na zona leste de São Paulo, com 14 profissionais de saúde. Das categorias empíricas destaca-se: adaptação vs choque cultural; sentimentos ambíguos á ilegalidade; barreira comunicativa vs qualidade no atendimento; grade curricular vs formação no ensino superior. Conclui-se que há necessidade de compreensão dos processos de trabalho, focalizando a relação paciente-profissional; choque cultural; e ameaças

como estratégia utilizada pelos empregadores para subordinação. Assim, esta questão torna-se uma barreira ao atendimento, levando os pacientes à omissão dos seus modos de produção e reprodução, não permitindo intimidade com pessoas que não sejam do seu convívio, o que influencia no atendimento por falta de perfil epidemiológico, além da dificuldade de comunicação pela diferença de idioma.

Palavras-chave: Imigração, violência, gestação.

INTRODUÇÃO

A gestação se encontra como um período onde há maior contato entre as mulheres e o serviço de saúde, isto devido às consultas pré-natais que permitem, não só avaliar a gestação, mas, também, traçar um perfil epidemiológico destas mulheres, seja pela anamnese ou pelas visitas domiciliares comuns na Estratégia Saúde da Família, um modelo de atendimento integral amplificado em todo o Brasil pelo Ministério da Saúde no ano de 2006. O fato desta maior aproximação da mulher com o serviço de saúde e a aproximação do serviço de saúde com a realidade vivenciada por esta mulher – através das visitas domiciliares -, deveria estabelecer um maior vínculo entre ambos os envolvidos, resultando em um benefício no que tange à identificação dos casos de violência doméstica exercida contra as mulheres.

Entretanto, a observação deste vínculo revela a criação de uma aparência enganadora dos resultados que concernem ao cotidiano de cada paciente, impedindo a captação da realidade das situações de violência.

Esta camuflagem torna-se mais evidente quando o atendimento é prestado às imigrantes; estas, por motivos pessoais e socioculturais, muitas vezes escondem dados relevantes para a captação da realidade, ou não conseguem expressá-los de maneira clara devido à comunicação prejudicada pelo idioma distinto.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quanti-qualitativa. Possui como objetivo principal compreender nos processos de trabalho da Estratégia de Saúde da Família as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde das mulheres grávidas vítima de violência doméstica na zona leste de São Paulo (Brasil).

Este estudo foi sustentado pela *Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC* (Egry, 1996); e a *Categoria Gênero* como categoria analítica.

A TIPESC, na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção (Egry, 1996).

A autora apresenta uma proposta baseada no referencial filosófico do materialismo histórico dialético (MHD), atribuindo caráter histórico aos fenômenos sociais, segundo a suscetibilidade do homem diante dos meios de produção de material.

Desta forma, a TIPESC tem o objetivo de refletir e ampliar o método de intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade, através dos conceitos de historicidade, de dinamicidade e de práxis.

As etapas, na sua proposta sistematizadora são cinco, das quais serão trabalhadas as duas primeiras:

Captação da Realidade Objetiva

Interpretação da Realidade Objetiva

Construção do Projeto de Intervenção na Realidade Objetiva

Intervenção na Realidade Objetiva

Reinterpretação da Realidade Objetiva

Ainda para a operacionalização da TIPESC é preciso recorrer aos conceitos de categoria analítica e de categoria interpretativa. A primeira caracteriza-se pela abstração realizada com base no exame em realidade, o que fundamenta uma interpretação fidedigna; a categoria interpretativa significa a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, definindo eixos ou lâminas de recorte operacional do processo total de intervenção.

O presente estudo foi desenvolvido junto aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) que realizam o pré-natal na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Cisper da Subprefeitura Ermelino Matarazzo da Coordenadoria Regional de Saúde na Zona Leste de São Paulo (Brasil)

A UBS conta com 07 equipes e pretende-se incluir profissionais de saúde com tempo de atuação mínima de seis meses. Portanto, os sujeitos da pesquisa foram conformados por dois profissionais de cada equipe, isto é um médico e uma enfermeira, perfazendo um total de 14 profissionais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos problemas enfrentados pelos profissionais no âmbito do atendimento de saúde junto aos imigrantes, em sua maioria, bolivianos são:.

A Adaptação versus choque cultural; sentimentos ambíguos (medo, alegria) diante a ilegalidade; dificuldade na comunicação (língua) versus qualidade no atendimento; grade curricular versus formação no ensino superior.

Muitos destes imigrantes enfrentam o temor cotidiano a uma possível deportação, que é utilizada pelos seus empregadores como um método de ameaça e garantia de submissão (Varella T, 2010).

Este fator da ilegalidade boliviana encontra-se como o maior motivo para a desconfiança destes para com os profissionais de saúde (Varella T, 2010).

O maior temor deles ao atendimento hospitalar, principalmente no âmbito de saúde e nascimento, ainda se foca na irregularidade documental, onde muitas vezes o nascimento de um filho no Brasil significa a sua regularização perante a lei (Silva SA, 2006).

Esta presença de bolivianas grávidas no Brasil se faz expressiva para a efetivação da regulamentação documental (Aguiar AL, 2007).

No entanto a falta de informação, por parte de alguns imigrantes, gera um temor maior que os fazem tomar decisões, como o registro do próprio filho por algum parente, que acaba lhe retirando esta oportunidade de legalização (Silva SA, 2006).

Diante de todos estes empecilhos, muitos destes imigrantes criam pra si barreiras de proteção psicológica, não permitindo que as pessoas conheçam sua moradia ou que tenha todas as informações sobre sua vida, o que em geral influencia no atendimento de saúde que fica prejudicado pela falta de um perfil epidemiológico.

Outra dificuldade, além das fiscais, que estes imigrantes encontram se refere à comunicação, que é dificultada pela diferença de idioma (Barros CJ, 2001). Este obstáculo influencia, não só a comunicação no emprego, mas, até mesmo a comunicação necessária para o atendimento cotidiano dos profissionais, dificultando ainda mais a captura de casos de violência.

CONSIDERAÇOES FINAIS

O presente trabalho permitiu um aprofundamento relacionado com o papel dos profissionais junto aos migrantes na zona leste de Sao Paulo focalizando importância de dar visibilidade á violência na assistência à saúde da mulher na Estratégia de Saúde da família.

Destaca-se importante que os profissionais e os serviços em saúde se debrucem sobre as necessidades existentes e, que a partir disso criem estratégias de trabalho voltadas para atender cada indivíduo no singular, respeitando suas necessidades próprias, como as necessidades naturais, necessárias e alienadas que cada um possui (Heller, 1986). Visto que

a incompreensão das questões individuais leva a dificuldade na captação e atendimento das gestantes vítimas de violência.

Foi possível identificar a questão do atendimento de mulheres migrantes, na assistência pré-natal, principalmente das mulheres bolivianas. Os profissionais declararam dificuldade em atender essas mulheres devido à diferença de cultura, costumes e idioma, além da falta de confiança delas com os mesmos. O tipo de vida e trabalho das migrantes evidenciou preocupação nos serviços e nos profissionais de saúde, que precisam de maior cuidado para poder assisti-las sem desrespeitar suas características próprias. Identificou-se que a gravidez, muitas vezes, significa uma forma dessas mulheres conseguirem legalidade no Brasil.

Assim, é possível concluir que há a necessidade da compreensão dos processos de trabalho nos serviços de saúde prioritariamente focalizando a relação paciente-profissional; valorizando o choque cultural; situações de violência (ameaça de deportação) estratégia utilizada pelos seus empregadores e sendo uma forma de garantia de submissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, ALO. Os Bolivianos na Periferia de Guarulhos. Ponto Urbe: Graduação em Campo. 2007.

Azevedo, M. A. Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do conhecimento - 4ª edição. Cortez: São Paulo, 2005

Barros, CJ. Senzalas Bolivianas. Repórter Brasil – Agência de Notícias. 2001.

Egry, EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Heller, A. Teoría de las necessidades em Marx. Barcelona: Península; 1986.

Ferrari, D. C. A., Vecina, T. C. C. O Fim do Silêncio na Violência Familiar - Teoria e Prática. São Paulo: Editora Ágora, 2002.

Silva, SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. Estudos avançados. Vol 20 n° 57. 2006.

Varella, T. Espaço Cidadania. Imigrantes Bolivianos vivem como escravos em São Paulo. Ano 6 n° 26. São Paulo, 2010.

ANÁLISE DAS ESTRUTURAS INFRALÓGICAS NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO PSICOLÓGICO INFANTIL DOS TRANSTORNOS AFETIVOS

Rosa Maria Lopes Affonso;
Kátia da Silva Wanderley

DEPTO. DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE MACKENZIE;
DEPTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA UNIFMU

RESUMO

O episódio depressivo em crianças, comumente, consiste em: humor disfórico; autodepreciação; comportamento agressivo (agitação); distúrbios de sono; modificação nos desempenhos escolares; diminuição da socialização; modificação da atitude em relação à escola; queixas somáticas; perda da energia habitual; modificação inabitual do apetite e/ou perda de peso. Parte-se do pressuposto de que há diferentes causas no diagnóstico de depressão infantil tal como sugere a literatura psicopatológica infantil. O objetivo desta pesquisa consiste em verificar se a análise cognitiva baseada na teoria piagetiana pode contribuir para essa investigação clínica diagnóstica em casos de transtornos afetivos na infância. Para tal foram analisadas as noções infralógicas de espaço, tempo e causalidade de trinta e quatro sessões ludodiagnósticas de crianças de três a treze anos atendidas em psicodiagnóstico na Clínica Psicológica da Unifmu. Considerando que o comprometimento na representação dessas noções infralógicas está relacionado com o comportamento depressivo, podendo ser confundido com os diagnósticos comumente encontrados dos transtornos afetivos, concluímos que é necessário uma investigação cognitiva desses casos com queixas

ou diagnósticos de depressão infantil podendo tal análise contribuir para o diagnóstico diferencial, bem como no aprimoramento do encaminhamento psicoterapêutico infantil

INTRODUÇÃO

O episódio depressivo em crianças, baseado no DSM I-tr, consiste em: humor disfórico; autodepreciação; comportamento agressivo (agitação); distúrbios de sono; modificação nos desempenhos escolares; diminuição da socialização; modificação da atitude em relação à escola; queixas somáticas; perda da energia habitual; modificação inabitual do apetite e/ou perda de peso.

OBJETIVO

Parte-se do pressuposto de que há diferentes causas no diagnóstico de depressão infantil tal como sugere a literatura psicopatológica infantil. O objetivo desta pesquisa consiste em verificar se a análise cognitiva baseada na teoria piagetiana pode contribuir para essa investigação clínica diagnóstica em casos de transtornos afetivos na infância.

METODOLOGIA

Para tal foram analisadas as noções infralógicas de espaço, tempo e causalidade de trinta e quatro sessões ludodiagnósticas de crianças de três a treze anos atendidas em psicodiagnóstico na Clínica Psicológica do UNIFMU.

RESULTADOS

Dos trinta e quatro casos analisados segundo as noções de espaço, tempo e causalidade, apenas nove apresentaram comprometimento cognitivo (vide Tabela 1), os casos 2, 3, 5, 10,

20, 24, 31 e 32 e desses, apenas o caso 32 apresentou comprometimento nas estruturas lógicas, enquanto as noções infralógicas estão preservadas. A relação da depressão com as estruturas lógicas não são o alvo dessa pesquisa, uma vez que o estudo se refere às estruturas infralógicas. No que se refere aos episódios depressivos foram encontrados nos casos: 3, 8, 17, 24 e 29, seja no comportamento no ludodiagnóstico, seja no histórico de perdas vividos pela criança (Vide Tabela 1), apesar de encontrarmos queixas que caracterizariam esse mesmo episódio, por exemplo, casos 4, 9 e 11.

Tabela 1: Número total de casos analisados segundo as noções infralógicas de espaço, tempo e causalidade com as respectivas queixas e técnicas utilizadas no processo psicodiagnóstico.

	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	ENCAMINHAMENTO	QUEIXA	TÉCNICAS UTILIZADA
					Suspeita	compromet.
1)		F	NC	1 Própria mãe	Desenvolvimento	A, LUDO, E
2)		M	NC	2Otorrino	*Suspeita retardo mental*	*A, LUDO, E*
3)		M	Jardim II	3Escola	**Agitação**	**A, LUDO, E**
4)		F	Jardim I	4Odonto	Socialização, timidez	A, LUDO, D
5)		M	Jardim I	5Médica	*Atraso na fala*	*, LUDO, EL*
6)		F	Jardim II	ola	alidade, nervosismo	,LUDO,CAT-A,E
7)		M	Pré	.	stipação intestinal	l, EA, LUDO, ED
					·as, anemia (hist.de perdas)	
8)	6	M	Pré			l, EA, LUDO, ED ***
9)	6	M	1a.	3Escola	Hiperatividade, agressividade	EI, EA, DESENHO FAM
10)	7	M	1a.	5Pediatra	*Agressividade, socialização (espaço)*	*EI, EA, LUDO, TESTE L*
11)	7	M	1a.	3Escola	Agressividade, socialização	EI, EA, LUDO, CAT-A, E
12)	7	M	1a.	Escola	Agressividade, socialização	EI,EA,LUDO,ED
13)	7	M	1a.	Escola	Lentidão escolar	EI, EA, LUDO,CAT-A, P
14)	7	F	Pré	Fono/Escola	Atraso na fala	EI,EA,LUDO,ED

15)	7	M	1a.	Escola	Agressividade, socialização	EI, EA, LUDO, DES-ES
16)	8	M	2a.	Escola	Não presta atenção, agressivo, recusa escolar	EI, EA, LUDO, TESTE
17)	8	M	2a.	Escola	Agressividade, socialização (hist.de perdas) ***	EI, EA, LUDO, CAT-A,
18)	8	M	2a.	Escola	Agressividade, hiperatividade	EI, EA, LUDO, HTP, ED
19)	8	M	2a.	Médico/Escola	Hiperatividade, dist. de aprendizagem	EI,EA, LUDO, CAT-A, W
20)	9	M	2a.	Fono	*Não consegue ler, aprender, atraso na fala*	*EI, EA, LUDO, ED*
21)	9	M	2a.	Médico	Regressão, retraimento	EI, EA, LUDO, HTP, ED
22)	9	M	4a.	Médico	Hiperatividade	EI, EA, LUDO, TESTE D
23)	9	F	2a.	Médico	Encoprese	EI,EA, HTP, WISC-III,
24)	10	M	4a.	Escola	**Mutismo Infantil <<<**	**EI, EA, LUDO, DES-ES**
25)	10	M	3a.	Escola	Baixo desempenho escolar	EI,EA, CAT-A, WISC-III
26)	10	M	4a.	Escola	Agressividade, socialização	EI, EA, LUDO, TESTE D
27)	11	M	5a.	Pediatra	TDAH, fobia	EI, EA, LUDO, HTP, WI
28)	12	M	5a.	Escola	Agressividade, socialização	EI,EA,LUDO,CAT-A,ED
29)	12	M	6a.	Escola	Dist.de atenç., social.(hist.de muitas perdas)***	EI, EA, DES-EST, ED**
30)	12	M	6a.	Escola	Agressividade	EI, EA, LUDO, ED
31)	13	M	Classe Especial	Escola	*Dist. Leitura*	*EI,EA,LUDO, ED*
32)	13	F	7a.	Escola	<u>Dist. de Conduta, drogas (comp. Intelectual)</u>	<u>EI, EA, TAT, RAVEN, E</u>
33)	13	F	5a.	Escola	Agressividade	EI, EA, DESENHO DA F
34)	14	M	7a.	Próprios pais	Agressividade	EI, EA, TESTE DA FAM

COMPROMETIMENTO das Noções Infralógicas : *itálico,* **negrito** e <u>sublinhado</u>

COMPROMETIMENTO DEPRESSIVO:***

Análise cognitiva infralógica:

1)comprometimento nas noções espaço temporais e causais

2) comprometimento na representação das noções espaço-temporais e causais

<u>3) comprometimento na operação lógica</u>

4) comportamento depressivo sem comprometimento nas noções: ***

DISCUSSÃO: Uma criança que apresenta comprometimento nas noções de espaço, tempo e causalidade quando solicitada a contar uma estória, por exemplo, não conseguirá construí-la, logo, a sua dificuldade estará no seu processo cognitivo e não na sua dificuldade afetiva e essa dificuldade cognitiva não possibilitará a avaliação por aquele determinado teste. Estes são os casos 2, 5, 10, 20 e 31 (vide Tabelas 1 e 2)

Ainda no que diz respeito à importância do funcionamento da estrutura mental ou do conhecimento sobre a dificuldade cognitiva, certas crianças podem apresentar as noções no seu ponto de vista prático, mas ao serem solicitadas a representar, ou seja, contar uma estória, poderão apresentar muita dificuldade, são os casos: 3 e 24 (vide Tabelas 1 e 2) e são esses casos que podem ser confundidos com sintomas depressivos, uma vez que na depressão a representação pode estar emocionalmente bloqueada.

No caso 24 há sintomas depressivos (como pode ser verificado nas Tabela 1 e 2) onde poderíamos (se não soubéssemos) aplicando os mesmos testes chegar à interpretações errôneas. No caso dos sintomas depressivos temos que há uma restrição na representação, ou seja, a criança é inibida (mutismo infantil), quase não fala, mas estes mesmos sintomas podem ser advindos de uma dificuldade cognitiva e não propriamente da depressão, ou seja, a falha está na capacidade representativa e não afetiva. O problema é que, sem considerarmos tal falha aplicamos instrumentos que pressupõe uma representação cognitiva esperada (como o desenho-estória), logo, se a criança é limitada na área cognitiva e o instrumento avalia a afetividade, interpretaremos o problema da representação como sendo a expressão da depressão. Considerando que o comprometimento na representação dessas noções está relacionado com o comportamento depressivo, podendo ser confundido com os diagnósticos comumente encontrados dos transtornos afetivos, concluímos que é necessário uma investigação cognitiva desses casos com queixas ou diagnósticos de depressão infantil podendo tal análise contribuir para o diagnóstico diferencial, bem como no aprimoramento do encaminhamento psicoterapêutico infantil.

Tabela 2: Número de casos com comprometimento infralógico comparado com sintomas depressivos

	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	ENCAMINHAMENTO	QUEIXA
2)	4	M	NC	Otorrino	*Suspeita retardo mental*
3)	4	M	Jardim II	Escola	**Agitação**
5)	4	M	Jardim I	Médica	*Atraso na fala*
8)	6	M	Pré	Escola	Birras, anemia (história de perdas) ***
10)	7	M	1a.	Pediatra	*Agressividade, socialização (espaço)*
17)	8	M	2a.	Escola	Agressividade, socialização (história de perdas) ***
20)	9	M	2a.	Fono	*Não consegue ler, aprender, atraso na fala*
24)	10	M	4a.	Escola	**Mutismo Infantil <<<**
29)	12	M	6a.	Escola	Dist.de atenç., social.(hist.de muitas perdas) ***
31)	13	M	Classe Especial	Escola	*Dist. Leitura*
32)	13	F	7a.	Escola	Dist. de Conduta, drogas (comp. Intelectual)

Considerando que o comprometimento na representação dessas noções está relacionado com o comportamento depressivo, podendo ser confundido com os diagnósticos comumente encontrados dos transtornos afetivos, concluímos que é necessário uma investigação cognitiva desses casos com queixas ou diagnósticos de depressão infantil podendo tal análise contribuir para o diagnóstico diferencial, bem como no aprimoramento do encaminhamento psicoterapêutico infantil.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, A. Teoria y técnica Del psicoanalisis de niños. 6.ed. Buenos Aires, Paidós, 1978.

AFFONSO, R.M.L. Ludodiagnóstico: a teoria de J. Piaget em entrevistas lúdicas para o diagnóstico infantil. Taubaté, Cabral, 1998.

AJURIAGUERRA, J.; TISSOT, R. Application clinique de psychologie génétique. In: Psychologie et épistémologie génétiques: théme piagétiens. Paris, Dunod, 1966, p. 333-338.

ARZENO, M.E.G. Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições. Trad. Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BOVET, M.; VOELIN,D. Examen et apprentissage opératoires: faut-il choisir entre appoches structurale et founctionnelle? *Arch. De Psychologie*, 1990, 58, p. 197-212.

CRONBACH, L.J. Fundamentos da testagem psicológica; trad. Carlos Alberto Silveira Neto e Marta Adriana Veríssimo Veronese. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas

CUNHA, J.A. ET. AL. Psicodiagnóstico- V 5.ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

CORDIOLI, A.V. Psicoterapias: abordagens atuais. 2.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

DSM-IV TR-tm Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. Trd. Cláudia Dornelles, 4. ed. ver. Porto Alegre: Atmed, 2002.

FREUD, S. Obras Completas. Trd. LuisLopez-Ballesteros y de Torres. 3.ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 19773, v. I, II e III

GREPPO, G. L”anamnèse dans l’examen opératoire. In: Actes du Colloque International: Psychologie Genetique Cognitive et echec scolaire. Lyon. Edutiants Lyonnais en Psychologie et l’Association des Praticiens de la Psychologie, 1992, p. 42-51.

KLEIN, M (1932) Psicanálise de Crianças. Trad. De Póla Civeli. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou, 1975.

SCHIMITD-KITSIKIS, E. Aet. Al. Explorer symboliser conceptualiser: les condition méthodologiques d’une etude de l’élaboration et du fonctionnement psychologique de l’activité mentale. *Cahiers de la fondation Archives Jean Piaget*, 1987, n, 8, p. 189-219

TRINCA, W. O Pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes, 1983.

A AUTOIMAGEM DO IDOSO E AS TÉNICAS PROJETIVAS

Ellen Hideko Miyagusku

Kathlen Nataly Mendes

Lais Mortean

Leonardo Bourroul

Letícia dos Santos Barbosa

Luiz Carlos Loccoman

Rafael Ares

Rosa Maria Lopes Affonso

(Orientadora- Universidade Presbiteriana Mackenzie).

Universidade Presbiteriana Mackenzie;

Resumo

O fenômeno da longevidade é um dos diversos fatores que se tornou uma das maiores preocupações da sociedade atual, pois o constante crescimento de uma população mais velha faz-se necessário uma visibilidade maior sobre o envelhecimento humano com seus respectivos interesses científicos e sociais, para tentar responder questões colocadas pela velhice. Atualmente, há uma defasagem de trabalhos científicos psicológicos relacionados à imagem corporal do idoso**.** O objetivo desta pesquisa foi estudar a autoimagem, por meio de instrumentos psicológicos gráficos, em adultos acima de 60 anos que possuem uma vida social ativa, sem reclusões e problemas de saúde muito agravantes; e pesquisar, a partir da aplicação do teste HTP (House-Tree-Person), a utilidade deste para com o idoso e o seu

grafismo como forma de expressão a respeito de sua imagem corporal. O HTP não possui uma padronização para a população idosa e encontramos estudos que desacreditam na potencialidade do traçado do idoso devido a suas possíveis dificuldades motoras. A partir de nossas pesquisas, identificamos a possibilidade do uso do HTP como instrumento de técnica projetiva, uma vez que não encontramos comprometimentos motores indicando uma avaliação deturpada do traçado. Consideramos que é essencial a padronização deste teste gráfico para que psicólogos possam obter mais um instrumento auxiliador na compreensão do idoso e sua autoimagem.

Palavras-chave:autoimagem; idoso; técnicas projetivas.

INOCENTE PERICULOSIDADE

Lorena Torquato Videira

Este trabalho teve como objetivo investigar a prevalência de diagnósticos psiquiátricos feitos com base no CID-10 dos pacientes internados em um hospital psiquiátrico na região da grande São Paulo no ano 2011. Os dados coletados demonstram número significativo de esquizofrenias e transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias. Foram pesquisados antecedentes criminais destes pacientes e os resultados apontam para crimes contra o patrimônio, contra a vida e crimes sexuais – nesta ordem de prevalência, associados ao abuso de substâncias na maioria das vezes, mesmo em comorbidade com doenças psiquiátricas. Faz-se necessário um planejamento estratégico para o enfrentamento desta realidade, tendo em vista a abrangência da problemática do indivíduo enquanto exposto a contextos sociais de risco. Pode-se inferir que a associação da droga a uma predisposição a alterações psiquiátricas seria um agravante a reações impulsivas que ocasionam atitudes de violência.

Resumo

Este trabalho apresenta o conceito de despersonalização através do acompanhamento de um caso clínico atendido em clínica escola por duas estagiárias do quarto ano da graduação em Psicologia.

Marcos apresenta-se como um garoto não habitado, ou seja, em determinado momento de seu desenvolvimento emocional, houve uma falha na maternagem, o que impediu que Marcos tivesse um desenvolvimento suficientemente bom, ocasionando em decorrência uma despersonalização.

O paciente apresenta em seu discuso disperso e vago um estado emocional desvitalizado. Pâmela, sua mãe, se mostra como alguém de estrutura egóica empobrecida, como alguém que não se relaciona com o outro e mantém suas relações “ensimesmadas”. Uma mãe que certamente está impossibilitada de nomear sentimentos a seu filho, o que contribuiu para a falha no desenvolvimento de Marcos.

O psicodiagnóstico interventivo propiciou um *setting* convergente com a necessidade e tempo do paciente, buscou-se, contudo um ambiente que respeitasse as limitações de Marcos e lhe proporcionasse a possibilidade de começar a simbolizar através do “empréstimo” de nossa capacidade transicional como terapeutas.

Palavras Chave: Psicodiagnóstico; Winnicott; Despersonalização.

UMA EXPERIÊNCIA DE VAZIO: ACOMPANHAMENTO DE CASO CLÍNICO EM CLÍNICA ESCOLA

Graziele Rodrigues Martins
Quele Samara Nascimento dos Santos
Marcelo Soares da Cruz

Pâmela, mãe de Marcos, chegou sozinha ao atendimento e mostrou-se em prontidão para relatar sua motivação pela busca de ajuda. Iniciou o relato a respeito do filho focando na falta de atenção e concentração do mesmo em diversas situações do cotidianoe também no fato do garoto nunca reclamar de nada, e sentir-se sempre bem, o que a preocupa, pois por vezes Marcos chega a achar normal um olho roxo ou um dedo quebrado.

Aponta também que Marcos usa-se de muitas “caretas” para manter a face em movimento e costuma tocar-se ou coçar-se a toda hora, e reiterou que seu marido “tem o mesmo problema”, seguido de: “as dificuldades do meu filho, são as do meu marido”.

Marcos estuda no mesmo colégio há 8 (oito) anos e como a direção, coordenação e professores já conhecem sua dificuldade de concentração, acabam “facilitando” as atividades escolares, deixando que o mesmo faça suas provas em até três dias.

Ainda em conversa com a mãe, Pâmela emociona-se ao contar um fato que para ela pareceu muito penoso e constrangedor. Na escola em que Marcos estuda ocorreu um episódio de *bullying*. A professora de Marcos pendurou um osso feito com cartolina no pescoço dele, pois ele mordia muito as outras crianças. Marcos contou esse acontecimento para sua mãe depois de três anos, pois no dia anterior sua amiga havia urinado na sala e passado por um momento constrangedor, então ele lembrou que havia também passado por um episódio constrangedor durante a aula e resolveu contar para a mãe o acontecido.

O que para alguns, parece insensibilidade e para outros embotamento afetivo pode ser traduzido também como uma normopatia, onde há a esquiva involuntária por qualquer

expressão de sentimento, advinda de uma falha no período maternal. Laender (2005), denota normopatia como uma patologia não-neurótica. Provavelmente no desenvolvimento emocional desta criança houve uma falha na experiência de habitar o próprio corpo e a normopatia se fez presente em nossa primeira hipótese neste caso.

Conforme Pâmela mencionava as idas da criança para outros psicólogos e um psiquiatra, o sentimento de impotência nos envolveu. Posteriormente percebemos que esse sentimento de impotência é algo que é transmitido pelo paciente, neste caso, da mãe do paciente para o terapeuta, e o que sentimos diante disso é nomeado, pela psicanálise como contratransferência. *"A contratransferência permite que o analista escute, através de seus sentimentos, não só o que o paciente diz, mas, mais ainda, o que ele não diz, por ignorá-lo no plano do consciente".* (Zaslavsky & Santos, 2005. p 01).

No primeiro contato com Marcos, verificamos que o mesmo chegou ao atendimento de maneira retraída e contida, mostrando-se tímido e assustado.

A fim de conseguir manter um diálogo com a criança começamos a lhe perguntar coisas sobre o seu cotidiano, ele por sua vez manteve seu discurso limitando-se apenas a descrições objetivas de atividades que realiza. Ele apenas descreve aquilo que é palpável, visto a olho nu, não mencionando seus sentimentos a respeito daquilo que relata. Percebemos que tudo o que nos contava estava baseado ou no que conseguia ver ou no que alguém havia lhe contato, na maioria dos casos, no que sua mãe lhe contava. Parece que Marcos não sofreu a discriminação de quem é ele e quem é o mundo, discriminação esta que acontece na vida do bebê, fazendo com que Marcos não se sinta alguém do próprio ponto de vista.

Durante todo o contato com Marcos nos sentimos muito invadidas, pois o olhar do garoto persistiu assustado do início ao fim, o olhar dele estava voltado para todo o ambiente. Inquieto, não consegui focar-se por mais de cinco segundo em alguma coisa.

Um bebê em seus primeiros meses de vida, ainda não consegue descriminar o que é ele e o que é o outro, logo, ao abrir os olhos, faz como Marcos, e de um canto a outro, busca entender o ambiente até que a dissociação seja feita em seu ritmo normal. O desenvolvimento

emocional do bebê depende da relação da mãe com o mesmo, uma mãe que propicia um ambiente suficientemente bom a este desenvolvimento, contribui para que seu filho saudavelmente migre pelos estados de dependência absoluta, dependência relativa e independência. (Winnicott, 1970/1994).

A dissociação é necessária, para que o bebê se diferencie do mundo. Dai surge a sensação de habitar o próprio corpo. Este processo, que também faz parte do desenvolvimento emocional do bebê é chamado personalização. (Winnicott, 1945/1993).

A mãe cheia de cuidado vai nomeando as coisas desconhecidas para seu bebê. A mãe que nomeia as necessidades de seu filho propicia ao mesmo a condição de simbolizar as sensações que lhe ocorrem. (Sterian, 2001). Se neste momento, a mãe encontra-se mobilizada por questões mal elaboradas, ela não consegue perceber as necessidades do filho e as mesmas ficam distorcidas, é onde a criança tende a se comunicar com o mesmo discurso vaga que lhe fora passado por seu cuidador.

Achávamos nos primeiros contatos que Marcos deixava de responder a alguns questionamentos, entretanto, como num segundo atendimento não nos preocupamos em bombardeá-lo com tantas perguntas, percebemos que ele sempre responde, porém seu tempo de reação entre pergunta e resposta é muito grande. Antes desistíamos da resposta ao passo que o garoto estava ainda ensaiando uma. Marcos parece, contudo ter uma noção de tempo e espaço prejudicada.

A cada pergunta que fazíamos, ele nos respondia de maneira “vazia”, usando como referência o discurso da mãe, não havia sentimento naquelas palavras, isso acarretava em nós uma angustia e nos deixava sem ação, desnorteadas frente à própria criança e a situação. O fato é que Marcos não consegue olhar para algo ou alguém e significá-lo de acordo com sua própria simbologia.

Marcos e Pâmela estão ligados de uma forma em que não é possível notar o ser da criança nessa relação. Não há separação do que é o mundo da criança e o mundo da mãe, a mãe não permite uma separação, há uma necessidade de sustentação dela com o filho. É essencial que haja uma diferenciação do bebê com o outro, do mundo interno com o mundo

externo, nesse momento há os processos (a integração; a personalização e a apreciação da realidade externa) que são fundamentais para a construção da subjetividade. (Winnicott, 1945).

Nos atendimentos com Marcos sentimo-nos entediadas e isso nos fez muito mal. Em reflexão, foi possível entender que se Marcos não consegue habitar o próprio corpo, ou seja, é um ser não habitado, também não conseguiria ele nos trazer algo próprio e que pudesse de alguma forma nos envolver, tornando então, o atendimento entediante.

No encontro em que se deu a anamnese tivemos a oportunidade de nos aprofundar da dinâmica da família através do contato com os pais. Conforme fazíamos as perguntas Pâmela se mostrava pronta a responder todas sem ao menos questionar seu parceiro, até mesmo nas questões que referia-se ao pai da criança.

Pâmela anteriormente chegou a citar que seu marido, mesmo não terminando os estudos conseguiu alcançar uma estabilidade financeira, porém enfatiza que não entende como ele conseguiu, ou seja, não se orgulha ou se vangloria sob a condição financeira do marido, mas sim, mostra-se inconformada com a “sorte” do mesmo. Há ai a desvalorização da figura paterna por parte da mãe. Muitos sintomas fóbicos de um indivíduo vêm ligados à figura da mãe, e principalmente a mãe que desvaloriza a figura do pai. (Zimerman, 1999).

Ao seu referir a gestação Pâmela diz que em sua gravidez Marcos era a única coisa que de bom havia naquele momento em sua vida e em que se apoiava. Logo, pudemos deduzir que Pâmela não se relacionou com o outro e nem com seu marido durante a gestação. Comentou também que costuma mudar de residência com frequência, Pâmela deixa mais uma vez em evidência sua incapacidade de notar “o outro”, diz que quando “enjoa” de algo naquele ambiente (seja o síndico, ou o condomínio em si) surge à vontade de mudar para outro lugar. Afirmar que esse é o seu jeito, ela é assim e ponto, e que se o seu marido antes do casamento não era assim, agora ele é. Esse relato, mais uma vez nos mostra que Pâmela não enxerga o marido, ela se relaciona consigo mesma e isso basta.

A mãe chegou a relatar que Marcos não mamou no seu seio, quando a criança foi levada a ela já havia sido amamentada, devido a complicações que a mãe teve após a

anestesia. Pâmela tentou amamentá-lo outras vezes, mas Marcos não sugava. Os cuidados maternos, incluindo a amamentação são importantes para compor a estrutura da interação/subjetivação infantil. (Sales, 2005 & Laznik, 2004). Segundo Freud (1920/1996) a amamentação condiz para o bebê à ilusão de uma continuidade intra-uterina, o leite morno juntamente com o contato labial do bebê com a mãe proporciona um prazer que vai além da necessidade de matar a fome. Diante disso, fica claro que Marcos foi privado de ter esse contato com a mãe, contato este, que é tão fundamental para o desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Marcos necessita de um atendimento muito mais direcionado há seu tempo, como já citamos, vivemos num mundo muito agitado e Marcos está preso a este mundo num ritmo diferenciado, fazendo com que as pessoas a seu redor, concluam para ele atividades as quais ele não teve chance de direcionar sua energia para concluir, pois na impaciência alguém fez por ele.

Cabe a nós como terapeutas, atentarmo-nos num *setting* que inclua somente o tempo de Marcos, onde pressões externas não interfiram no fluxo de suas atividades. Para tanto e na tentativa de nos aproximar do garoto, levamos em encontros posteriores bonecos de diversos tipos (papel, brinquedo e pano), folhas coloridas, cola, tesoura, fita adesiva e lápis de cor para confecção de roupinhas, uma vez que nos fora relatado que Marcos costumava confeccionar roupas de papel para bonecos como passatempo.

Antes de começarmos a brincar, Marcos nos deu duas balas dizendo que sua mãe havia pedido para nos entregar. Naquele momento perguntamos se podíamos brincar também e ele nos pediu para esperar um pouco, pois já estava terminando seu boneco. Quando terminou de fazer o boneco pedimos que ele nos contasse quem é o boneco e ele disse ser um menino, pedimos que desse um nome e ele o nomeou como Júnior. Perguntamos quem é o Júnior e ele nos disse ser um menino como ele.

Ao falar do boneco, Marcos nos diz que o boneco não sente nada, não há sentimentos nele. Ele nos diz que prefere não sentir nada a sentir coisas ruins que possam vir a acontecer.

Diz ter uma mente limpa (referindo-se a si mesmo) explica que ter uma mente limpa é pensar em nada, ficar parado e assim, se algo ruim acontecer, ele não sentirá, pois estará com a mente limpa.

Ao brincar com um boneco em formato de super-herói, perguntamos o que aquele Herói salvaria e ele nos responde que o boneco não salvaria nada, pois ninguém precisa de ajuda e mesmo que precisassem o boneco não poderia fazer nada, pois ele “também não sente nada e nunca vai sentir porque é um boneco qualquer, ele nunca pode pensar”.

Marcos nos contou que quer ser ator, acreditamos que esse “desejo” faz contingência com sua própria condição de vida, uma vez que demonstra que quem está por traz da sua individualidade é a sua mãe, ele não é o protagonista de sua história.

No início do encontro em que planejávamos as brincadeiras, estávamos empolgadas com o fato de encontrar Marcos num contexto diferente do que estávamos acostumadas, logo, o diálogo como única fonte de obtenção de informações seria deixado de lado, e entraria em cena as brincadeiras, porém um desapontamento nos acometeu durante os primeiros trinta minutos de atendimento, onde Marcos insistiu em brincar sozinho.

Notamos muitas vezes que o tédio no atendimento é tão grande que parece “descarregar” toda e qualquer energia presente em nós, entretanto as brincadeiras em atendimento proporcionaram uma interação que percebemos ser necessária para que pudéssemos nos manter vivas nos encontros.

O caminho proposto por nós até o momento seria então o de emprestar um pouco da nossa capacidade transicional, ou seja, sonhos, vivências, formas de brincar e conduzir uma brincadeira, sentimentos e sentidos, entre outras. Marcos precisa de alguém que crie o que ele está vivendo, portanto, o que está nele, não está nele, mas sim em nós.

Na consulta seguinte Marcos não compareceu. Entramos em contato com a mãe que informou-nos desesperadamente que estava indo para a consulta quando Marcos passou mal e vomitou no carro, logo, mudou o percurso de seu caminho e foi para um hospital mais próximo. Contou que há três dias Marcos havia começado um tratamento com um antibiótico e que esta seria a possível causa do vômito.

A falta da criança nos remeteu a sentimentos angustiantes e a terrível sensação de perda. Ao refletir o fato, pudemos associar o vômito de Marcos a uma forma de expressão corporal do garoto que, dificilmente se expressa. Além do fato de a manifestação corporal ter se dado a caminho do psicodiagnóstico, o que nos faz pensar numa forma que Marcos teve (mesmo que inconsciente), de manifestar algum sentimento frente às consultas terapêuticas.

O que ficou desta experiência é, estranhamente, a alegria e o sentimento de plenitude e de que existe a chance mesmo para o Marcos, menino que por muitas vezes nos trouxe o sentimento de desesperança.

O sentimento de culpa poderia até surgir em meio há tanta alegria, pois se fôssemos parar para refletir, o dia em que Marcos não estava lá foi o dia em que mais estivemos satisfeitas com o atendimento. O que nos separa da possibilidade de nos culpabilizar por tamanha alegria, é o fato de que mesmo numa situação incômoda (vômito), Marcos pela primeira vez se expressou.

Após o ocorrido, nos encontramos normalmente com Marcos em dia e hora marcados, entretanto, havia uma expectativa muito grande do que iríamos encontrar. O que ficou deste encontro foram as novidades, ou seja, um garoto que nunca havia subido as escadas da Clínica de maneira agitada ou ansiosa, mas sim com lentidão, de repente corre à nossa frente como se fosse outra criança que não aquela a qual estávamos acostumadas. Sua fala continuou limitada apenas às palavras simples e comuns, adjetivos vagos, entretanto esta veio em conjunto com risos, risos largos e cheios de dentes, que em dias anteriores nunca haviam sido mostrados. Até ganhamos um doce sem a seguinte narração: “minha mãe mandou dar para vocês”.

Foi como se aquele vômito tivesse sido – mesmo que para nós – um divisor de águas, como se aquele vômito ou tivesse feito Marcos reagir à vida, ou tivesse feito com que nós como terapeutas voltássemos a ter esperança pelo caso que, até então, fora vivenciado de maneira complexa por nós. Ou seja, mesmo que o vômito não tenha de fato trazido a mudança sútil de Marcos percebida por nós em atendimento, ele nos trouxe um novo olhar para o garoto, um olhar que nos motiva a insistir, mesmo que erroneamente com nossos

cenários de brincadeiras neuróticas, mas insistir por uma vida que ainda não nasceu ou então por uma vida que ainda não viveu.

Em alguns momentos ficamos desapontadas, uma vez que Marcos permanecia com sua postura limitada e objetiva. Encontramo-nos até em uma grande confusão ora, minutos antes estava ele subindo as escadas rapidamente com uma nova postura, instigando em nós uma expectativa imensa. E depois no consultório estava o “velho” Marcos de antes, sempre limitando suas respostas a algo objetivo. “Eu fiquei mal, foi ruim, foi chato.” Até o modo em que ele dizia que ficou mal nos desapontava, pois se referia a um episódio de desconforto com a maior neutralidade. Esperávamos que ele colocasse alguma expressão (de desgostos, de incomodo) dentro do seu discurso, uma vez que passar mal não é nada agradável para ninguém, porém ele se manteve limitado como de costume.

Diante da nossa frustração percebemos que estávamos esperando uma atitude de uma criança neurótica, achávamos que ele viria como outra criança. Esperávamos mais de Marcos, esperávamos algo que não faz parte da condição atual dele. Somente depois fomos nos dar conta que queríamos muito de Marcos, que atitudes que esperávamos dele não se dariam (pelo menos nesse momento). A partir do momento que conseguimos organizar nossos sentimentos e expectativas que tínhamos frente ao paciente, notamos que nossa postura por hora estava errada. Com isso, aprendemos que é preciso ter paciência e não esperar muito além daquilo que o paciente não pode nos dar, cada um tem o seu tempo e o tempo de Marcos tem que ser respeitado.

Perguntamos se quando feliz ou triste, sente também alguma alteração física, ou seja, algum sentimento no corpo, para tanto, lhe demos um exemplo de que quando estamos nervosas, nosso corpo treme muito. Neste instante Marcos pula da cadeira (como se houvesse se lembrado de algo), mas ainda sentado diz que sabe o que é isto, que já teve medo, tanto medo que não conseguia nem ficar em pé direito. Marcos não tem condições para pensar ou falar sobre si, mas ainda sim, consegue sentir, precisa somente nomear estes sentimentos em conjunto de alguns exemplos vistos ou escutados talvez por nós, para então associá-los às suas vivências até então desconhecidas por ele.

Ao final do atendimento, Marcos bocejou e perguntou quanto faltava para acabar, e isto nos fez perceber que, como uma criança neurótica, ele queria ir embora, entretanto o fato de Marcos recomeçar sua brincadeira quando então, nos levantamos para levá-lo embora, nos confundiu sobre o seu verdadeiro desejo. Provavelmente, Marcos não apresenta possuir desejos, assim como se o têm, não os percebe, porém de alguma maneira, demonstrou gostar do ambiente o qual estava inserido, uma vez que “hesitou” em deixar o *setting.*

O fato é que, além de emprestarmos nossa capacidade de simbolizar, também teremos que ajudá-lo a se sentir alguém, vivo e real, dotado de presença significativa, alguém que possa compartilhar de sentimentos comuns a todos, como medo, angústia, ciúmes, inveja, ansiedade, entre outros.

Em um de nossos últimos atendimentos, nos encontramos com Marcos e ainda levamos objetos com os quais ele pudesse brincar ou desenhar.

Ao perceber que uma de nós estava fazendo um avião com folha de sulfite, Marcos também pega uma folha e começa a fazer um. Ao terminar, se dirigi até o fim da sala e começa a jogar o avião. Notamos que ele se divertia e logo tratamos de entrar na brincadeira, enquanto uma permanecia do lado dele também jogando o seu avião a outra fazia uma pista, para que os aviões pudessem pousar.

Marcos sorri o tempo todo, seu riso é de felicidade e não mais de timidez como de costume. Há momentos em que ele começa a dar pequenos pulos, balançando as mãos empolgadamente. Resolvemos aproveitar o máximo daquela brincadeira, já que ele demonstrava muita satisfação e começamos os três a brincar, fizemos uma pequena competição pra ver qual avião voava mais.

Continuamos brincando com os aviões por mais algum tempo, Marcos continuava cada vez mais empolgado, pulando e rindo muito, e nós também de fato estávamos nos divertindo muito perante aquela situação inesperada e surpreendente. Até que nos demos conta que o atendimento estava bem próximo a se acabar, chamamos Marcos e comunicamos que havia uma notícia ruim. Resolvemos propor que ele tentasse adivinhar a notícia. Marcos arriscou

duas tentativas e errou, uma de nós deu a dica que o avião dela se preparava para partir, nesse momento Marcos agita-se, dá pequenos pulinhos e diz: “Eu sei, eu sei... Já deu a hora e temos que ir embora, né?” Com a nossa afirmação Marcos, ainda muito agitado comenta que ficou feliz por ter acertado, mas não por ter acabado o atendimento.

Quando começamos a guardar os brinquedos e os materiais utilizados Marcos nos convida mais uma vez pra brincar com os aviões, aceitamos e falamos que seria a despedida, ele aceita e mais uma vez brincamos de maneira empolgada.

Talvez o *setting* tenha proporcionado a Marcos a oportunidade de ser alguém sem ser regido ou guiado pelas percepções de sua mãe e somente no hoje conseguimos fazer essa analogia que não fizemos no dia em que começamos as brincadeiras em atendimento, somente hoje, em conjunto com a manifestação de alegria no atendimento, pudemos perceber que desde o início o caminho nos levava a um ambiente propÍcio ao desenvolvimento de Marcos, no sentido de vê-lo ser alguém do próprio ponto de vista e não do ponto de vista do outro, da mãe. *“Não se trata de fornecer por meio do placement uma experiência emocional corretiva, mas da possibilidade de vir a se posicionar de forma diferente frente àquilo que houve”. (Safra, 2006, p. 06).*

Buscamos com os atendimentos fazer com que Marcos pudesse se encontrar, pois o mesmo não é protagonista nem dono de sua história, foi preciso então, propiciar no lugar do seu vazio, apenas um lugar, onde Marcos pudesse brincar e atuar de maneira a reger seus movimentos e vontades, para tanto, movimentos e vontades precisaram ser descobertos por ele para que o mesmo pudesse habitar suas emoções e substituir o “vazio” de sua mente por simbolizações e representações de uma vida ainda inexistente, ou seja, para que o trabalho terapêutico se efetue e o self do paciente seja constituído, é preciso que no lugar do deserto apareçam as possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. A dependência nos cuidados infantis. In:_____. **Os bebês e suas mães.** 2. e. São Paulo: Martins Fontes, 1970/1994. p. 73-78.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo In:_____. **Textos selecionados:** da Psicanálise à Pediatria. 4. e. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1945/1993. p. 269-285.

FREUD, S. (1996). **Além do princípio do prazer.** Em Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira (J. Salomão & M. Oiticica, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVIII. (Trabalho original publicado em 1920).

LAENDER, Nadja Ribeiro. **Teoria x Prática: Impasses Contemporâneos.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372005000100010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 25/08/2011.

SAFRA, Gilberto. **Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico.** Psychê — Ano X — nº 18 — São Paulo — set/2006.

SALES, L. M. (2005). Preocupações acerca dos efeitos psíquicos do aleitamento materno exclusivo sobre a função materna e sobre o bebê. Em L. Sales (Org.). **Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade** (pp. 115-132). Salvador: Ágalma.

STERIAN, A. **Esquizofrenia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. cap. 5 e 6.

ZASLAVSKY, Jacó; SANTOS, Manuel J. Pires. **Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15/09/2011.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica – uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

A PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS SOBRE O ABRIGAMENTO POR MEIO DO DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

Valéria Maria Mosquete da Luz
Gisele santos de Souza
Liliane Leite de Assis
Claudia Aranha Gil
Lucilena Vagostello

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (2011), cerca de 30 mil crianças brasileiras vivem em instituições de acolhimento (abrigos). A presente pesquisa teve como objetivo conhecer como crianças abrigadas percebem a situação de institucionalização. Participaram da pesquisa quatro crianças com idades entre 8 e 10 anos, acolhidas em um abrigo localizado na zona norte de São Paulo. No total, foram realizadas cinco visitas ao abrigo, as três primeiras para o desenvolvimento de atividades lúdicas com todas as crianças (participantes e não participantes da pesquisa) e as duas últimas para convidar as crianças a participar da pesquisa e para realizar a aplicação do Procedimento Desenho-Estória com tema. A análise dos desenhos foi baseada na análise do teste projetivo gráfico HTP (House-Tree-Person), quando apareceram desenhos de casas, árvores e figuras humanas. A análise das estórias foi realizada segundo o modelo de Tardivo (1997), no qual se destacam sete categorias: Atitudes básicas, Figuras significativas, Sentimentos expressos, Tendências e desejos, Impulsos, Ansiedades e Mecanismos de defesa. Cada estória foi analisada de acordo com essas sete categorias e, posteriormente, relacionada com as produções gráficas. Os resultados revelaram que todas as crianças que participaram do estudo foram abrigadas devido a situações de abandono e somente uma delas vivencia o abrigo de maneira negativa, possivelmente em função da sua necessidade psíquica de idealizar a figura materna e de

negar o abandono. Para a maioria das crianças, o fato de viver em um abrigo, apesar de mobilizar sentimentos ambivalentes (abrigo sentido como protetor e aprisionador),parece ser percebido como um lugar quefornece cuidados para essas crianças.

Palavras-Chave: Crianças, Abrigo, Técnicas projetivas.

OFICINAS DE PSICOSSEXUALIDADE: UM OLHAR À SAÚDE SEXUAL DO ADOLESCENTE

Renata Balieiro Diniz Teixeira
Sofia Gláucia Gonçalves Dedini
Orientadora: Profª Drª Tereza Elizete Gonçalves

RESUMO

O presente relato tem por objetivo descrever experiências de duas estagiárias de psicologia atuantes em dois projetos de extensão da universidade de taubaté (gavvis e travessia). Este projeto acadêmico justifica-se pela inexistência de redes de atenção a saúde sexual de jovens no município e pela possibilidade de preencher esta lacuna através de oficinas de psicossexualidade. Assim, por meio de ações de prevenção, no que se refere à saúde física e emocional dos adolescentes, visou-se a diminuição de vulnerabilidades psicossociais nessa fase do ciclo vital. Esta proposta envolveu duas frentes de ação (âmbitos escolar e comunitário) que apresentaram diferenças significativas, porém ambas obtiveram resultados positivos. As oficinas contaram com a participação de adolescentes com idades entre 12 e 15 anos e se desenvolveram em 5 encontros semanais com cada grupo. Buscou-se desenvolver o repensar crítico dos adolescentes sobre suas vivências, estimulando a cidadania, o protagonismo e a livre expressão dos sentimentos, visando à formação de adolescentes multiplicadores que levassem adiante o trabalho de conscientização quanto à saúde sexual junto a seus pares. Esta proposta constitui importante fator de proteção ao desenvolvimento dos jovens, já que fortalece as relações interpessoais saudáveis, atitudes mais conscientes e responsáveis, levando o jovem ao bem-estar biopsicossocial.

Palavras-chave: saúde sexual; prevenção; fatores de proteção; adolescentes multiplicadores.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E FENÔMENOS TRANSFERENCIAIS NA COMPULSÃO ALIMENTAR E NA OBESIDADE

Ana Carolina de Souza Morelli
Orientadora: Rosa Maria Lopes Affonso

RESUMO

A compulsão alimentar periódica está entre as categorias diagnósticas de transtornos alimentares do DSM-IV. Cerca de 40% dos sujeitos que a apresentam evoluem para um quadro de obesidade. Os objetivos do trabalho foram investigar os aspectos psicológicos envolvidos na compulsão alimentar e na obesidade; os conteúdos transferenciais que aparecem nos tratamentos desses pacientes; e os tipos de intervenção segundo a abordagem psicanalítica. As hipóteses foram a de que os fatores psicológicos exercem grande influência na constituição e manutenção destes quadros; e que estes pacientes apresentam conteúdos transferenciais específicos. Para a coleta de dados, optou-se pela pesquisa documental de artigos, cujos resultados foram tratados a partir da análise de conteúdo. Verificou-se que a pesquisa permitiu apontar para alguns indicadores na avaliação psicológica, tais como uma forma de relação primitiva tanto com o alimento como com o outro, marcada pelo apego e dependência excessiva; falha na simbolização e incapacidade de tolerar frustração, insatisfação e o sentimento de vazio, por exemplo. Percebeu-se também a importância de se desenvolver uma intervenção psicoterapêutica voltada para a representação mental das angústias, evitando assim intensas atuações pela via da compulsão alimentar.

Palavras-Chave: Compulsão alimentar e obesidade; aspectos psicológicos e transferenciais; intervenções.

PROFISSIONAIS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÕES ACERCA DE GÊNERO E MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

Fernanda Garbelini De Ferrante
Manoel Antonio dos Santos
Elisabeth Meloni Vieira

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Resumo

Este artigo apresenta um recorte de uma dissertação de mestrado intitulada *Violência Contra a Mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo*. A violência contra a mulher, considerada um problema de saúde pública, é um fenômeno complexo e altamente prevalente. Freqüentemente as mulheres buscam os serviços de saúde para tratar os sintomas associados. Propôs-se um estudo com o objetivo de verificar a percepção dos médicos atuantes nas unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, SP, sobre conceitos de gênero e violência contra mulheres perpetrada por parceiros íntimos. Optou-se pelo método qualitativo, onde foram realizadas entrevistas com 14 médicos Ginecologistas-Obstetras e Clínicos Gerais. Para apreciação dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo que permitiu definir os seguintes temas: percepções dos médicos sobre as questões de gênero, percepções acerca de quem é essa mulher que sofre violência. Segundo os médicos, a mulher atual conquistou sua liberdade e independência

sexual, no entanto, a hegemonia masculina ainda é muito presente. Compreendem que a violência de gênero ocorre devido às desigualdades que pautam o sistema social que acabam por justificar os eventos violentos como atitudes educativas e punitivas, aceitas pela posição social ocupada pela mulher.

Palavras-chave: violência contra a mulher, gênero, médicos.

Gênero como conceito norteador para a compreensão da violência contra a mulher

Pautamos nossa conceituação na definição de Scott (1998), que apresenta gênero a partir de duas posições: 1) como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, permeadas pelos símbolos culturais, pelos conceitos normativos, pelas instituições sociais e políticas e pela formação da identidade subjetiva. 2) como uma maneira primordial de significar as relações de poder, ou seja, a mulher é vista como o sexo frágil, sobre o qual é realizado um controle que a coloca *em seu lugar*,ao impedir sua participação na vida política, social e econômica e, para consolidar o poder e naturalizar as posições masculinas e femininas como desiguais.

Gênero refere-se, portanto, a uma construção social que diz respeito a convenções culturais, regras e comportamentos que permeiam as relações entre homens e mulheres, variando de acordo com a sociedade em que se inserem, normalmente baseadas em relações de poder e autoridade (KRIEGER, 2001). Tal construção social é responsável por regular a afetividade, a sexualidade e as relações entre homens e mulheres em todos os âmbitos, nos espaços públicos, sociais, e no privado, na família (ÂNGULO-TUESTA,1997).

Desta forma, gênero mostra-se um conceito chave para análise das relações entre homens e mulheres, a violência que permeia essas relações e as mudanças sociais e políticas.

A violência contra a mulher em foco

A violência cometida contra as mulheres, por seus parceiros, no ambiente privado, é reconhecida como um problema mundial presente em todas as classes sociais, em todas as etnias, independentemente da cor, idade, nível socioeconômico e status educacional (Rede Nacional Feminista de Saúde e de Direitos Reprodutivos, 1999).

Este fenômeno, segundo Azevedo (1985) é visto pela sociedade como uma forma de manifestação normal da masculinidade, para coibir a perda da feminilidade da mulher. Por ser considerada um sujeito dependente e infantilizado com necessidade de ser protegida e constantemente educada por meio de atitudes corretivas, punições e agressões (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Desse ponto de vista a violência praticada contra a mulher seria exercida pelo homem como uma atitude corretiva de comportamentos não aprovados, ou seja, com caráter disciplinar. Sendo assim, a violência apresenta-se como uma forma de legitimação de poder do homem sobre a mulher, sendo por isso denominada de violência de gênero.

Diante disso, os eventos ocorridos no ambiente familiar não são nomeados como violência. Muitas mulheres descaracterizam ou não percebem o que lhes ocorre como violência, ainda que muitas vezes a situação doméstica seja extremamente severa, há uma negação e uma naturalização da violência que contribui para a invisibilidade do problema (SCHRAIBER *et al*., 2002).

Considerando ser este um problema de saúde pública, os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços são atores que protagonizam esse cenário. Assim, compreendemos como fundamental, buscar apreender as percepções dos profissionais de saúde quanto às questões de gênero e à problemática da violência doméstica.

Os profissionais de saúde diante da violência contra a mulher

Nos últimos anos a maioria dos países tenta modificar a resposta dos serviços de saúde em relação à violência. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher inclui o atendimento das mulheres em situação de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Entretanto, sabe-se que os profissionais não identificam ou não registram a violência nos prontuários médicos como parte do atendimento realizado (GARCIA-MORENO et al., 2005).

Estudos referem que muitas mulheres procuram atendimento nos serviços de saúde para tratar de seus sintomas físicos, mas não relatam aos profissionais como eles foram desencadeados, omitindo a violência doméstica (MARINHEIRO, 2003). Os profissionais por sua vez, contribuem com essa omissão, pois não se consideram suficientemente capacitados

e não trabalham em um ambiente que promova uma estrutura adequada para lidar com situações de violência, embora saibam da importância da escuta e do acolhimento (PEDROSA, 2003).

Para Schraiber *et al.* (2003)o fato de a linguagem entre profissionais e usuárias serem muito diferentes é um aspecto fundamental na dificuldade de se trabalhar com o tema. Há um hiato entre o que os profissionais entendem como sendo um problema de saúde e o que as usuárias buscam nos serviços. Por essas razões, as demandas trazidas pelas usuárias não têm lugar reconhecido entre os profissionais, pois não existem canais de expressão ou de comunicação entre eles, por falta de códigos de linguagem em comum e consenso em relação às nomeações próprias a respeito dessa questão. A dinâmica dominante na situação é: *a mulher não fala e os profissionais não perguntam*, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como conseqüências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes.

Portanto, consideramos o médico locado nas unidades de saúde como agente mediador e interlocutor, que no contato com as mesmas torna-se peça-chave para acolher, desenvolver possíveis intervenções e encaminhamentos. Sendo assim, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção desses profissionais sobre as questões de gênero e sobre quem é a mulher que sofre violência doméstica.

Metodologia

Em virtude da natureza do fenômeno optamos por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo, uma vez que este método volta-se para os aspectos subjetivos, os quais nos permitem um aprofundamento nas redes de significações das ações e relações humanas, buscando compreender a realidade vivenciada por esses profissionais(MINAYO, 1999).

Elegemos como instrumento a entrevista semi-estruturada. Um roteiro foi elaborado com o intuito de contemplar os seguintes núcleos temáticos: as percepções sobre gênero e sobre a violência doméstica contra a mulher.

Utilizamos como critérios de inclusão médicos que trabalhassem nas unidades básicas saúde de Ribeirão Preto, atendessem mulheres, fossem clínicos gerais (CG) ou ginecologistas-obstetras (GO), e concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução n^{o} 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e autorização institucional, fizemos o pré-teste do instrumento por meio de cinco entrevistas para ajustar o roteiro. Após testado e readequado, realizamos 14 entrevistas com o auxílio do gravador no período de junho a agosto de 2007. O critério de saturação foi utilizado para interromper a coleta de dados e as entrevistas foram transcritas na íntegra.

O perfil dos participantes foi delineado conforme os dados obtidos nas entrevistas. Dentre os 14 entrevistados figuram: oito homens e seis mulheres com idades variando entre 29 a 57 anos; 12 deles vivendo com parceiro fixo e dois solteiros; quanto às suas especialidades médicas, nove eram GO e cinco CG. Para garantir o anonimato dos nossos participantes, descrevemo-los a partir de algumas características, tais como: especialidade, sexo, idade.

Para sistematizar nossos resultados utilizamos o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin (1977), o que nos possibilitou descobrir os núcleos de sentidoque emanam dos discursos dos médicos entrevistados.

Como referencial teórico para dar suporte à análise de conteúdo, utilizamos as noções de gênero abordadas anteriormente. Entendemos que esse fundamento teórico é capaz de nos proporcionar a compreensão das representações dos profissionais de saúde, tanto a partir de sua inserção como sujeitos sociais quanto a partir do que os mesmos destacam sobre suas percepções das relações entre homens e mulheres. Visto que essas representações são as pautas orientadoras para sua atuação profissional diante da violência contra a mulher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria **percepções dos médicos sobre as questões de gênero** contempla à maneira como os médicos percebem a mulher na atualidade. Alguns profissionais apontaram que atualmente a mulher exerce sua sexualidade de forma livre, pois ao longo dos anos, a sociedade modificou-se e passou a aceitar padrões comportamentais que em outras épocas não eram permitidos.

Esses resultados inicialmente parecem concordar com os Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher, apresentados por Freedman & Isaacs (1993), que tem como um de seus princípios básicos a possibilidade da mulher exercer controle sobre sua vida reprodutiva e sobre sua sexualidade, promovendo a igualdade entre homens e mulheres.

Porém, ao analisarmos mais cuidadosamente, os médicos afirmam que apesar dessa liberalização sexual da mulher, grande parte da sociedade mantém-se fixada ao modelo machista, denotando um valor negativo a liberalização sexual da mulher, conforme explicita a passagem abaixo:

*[…] a mulher tá se libertando **muito** na forma assim dela ter o direito de ter… de escolher quando faz relação, como faz, ter o prazer. Então você vê muito hoje em dia as pacientes vir me perguntar sobre como fazer pra melhorar o sexo, como ter orgasmo. […] Só que a gente vê assim, elas chegam em casa e elas não tem como falar pro homem. Então, às vezes a gente até pede pro homem vir, pra poder conversar com ele […] eles ficam muito mais constrangidos que as mulheres… de conversar. (GO_4, mulher, 29 anos)*

Segundo os médicos, de fato, existe uma liberdade sexual, a mulher se permite buscar o prazer numa relação e conhecer seu corpo. No entanto, a ideologia machista marcada pelo preconceito e pela discriminação da mulher ainda é muito presente na cultura atual e em seus discursos. Demonstrando desta forma que eles continuam atados no modelo tradicional de gênero. Há, portanto uma oscilação do lugar ocupado pela mulher entre o direito de exercer a sexualidade livremente e a necessidade de permanecer atada a imagem do ideal feminino.

Um dos pontos mais enfatizados nas falas dos médicos, em todas as entrevistas, diz respeito às conseqüências da liberdade sexual pelas mulheres. Percebe-se a preocupação deles com relação ao aumento da promiscuidade e banalização do sexo na atualidade, o que gera vários

problemas, entre eles a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS, gravidez na adolescência, entre outros. Pois, compreendem que, a partir da liberação sexual, as mulheres passaram a buscar o sexo por prazer, ou, muitas vezes, como uma maneira de mostrarem-se em pé de igualdade com os homens, o que acabou por gerar uma confusão, na qual a *liberdade tornou-se libertinagem*. Os valores morais, antes impostos, não são mais aceitos. A imagem das mulheres está desgastada, ao alcançarem a tão almejada igualdade entre os sexos, não foram capazes de "dosar" o que poderia ser benéfico ou prejudicial para elas.

Ainda sobre as percepções dos profissionais médicos sobre as questões de gênero, apontamos para o **paradoxo feminino na atualidade: sujeito social x rainha do lar**, que abrange o discurso dos profissionais sobre as mudanças ocorridas ao longo da história que possibilitaram a entrada da mulher no espaço público.

Os participantes destacam que a posição social da mulher evoluiu, ao conquistar um espaço além do privado, está se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho, possibilitando-lhe uma participação mais efetiva na economia. A saída da mulher para o mercado de trabalho é justificada pela evolução tecnológica da medicina, depois do surgimento do anticoncepcional, o que modificou a dinâmica dos relacionamentos, levando-a a uma participação ativa e necessária na renda familiar.

Bruns (2004) fortalece este apontamento afirmando que as mulheres tornaram-se mais atuantes em várias áreas que antes eram de domínio exclusivo masculino. Entre elas, destaca-se a profissional, devido à revolução feminista iniciada na década de 1960. Entretanto, a autora pontua que a mulher atual, muitas vezes, sente-se confusa em relação ao seu papel, já que os valores antigos, ainda vigentes, são conflitantes com os novos paradigmas.

Essa noção é observada claramente no discurso dos médicos, ao afirmarem que apesar da mulher ter conquistado este espaço, seu papel de cuidadora do lar permaneceu, acrescido da obrigação de ajudar nas despesas domésticas. A passagem a seguir apresenta esta ideia:

Então a mulher agregou, além do papel que ela tinha de dona-de-casa, né… de cuidar de casa, pelo menos perante a família e a sociedade, a responsabilidade é dela. (...) quer dizer, ficou pior. Porque antes você era sustentada pelo marido… e a sua função era cuidar dos filhos, e… parava ali. E o homem é que proveria o sustento, né. Hoje não… hoje na vida da mulher o que você vê… tanto o homem quanto a mulher trabalham. Só que a responsabilidade de chegar em casa, fazer a janta, cuida do filho ou cuidar da casa, lavar roupa, sempre é da mulher. (GO_8, mulher, 50 anos)

O discurso dos médicos aponta para a sobrecarga de trabalho e responsabilidades da mulher, justificada pela valorização da visão tradicional de gênero, apesar de todas as mudanças com relação a sua entrada na vida pública. Isso demonstra que ainda existem muitas desigualdades na relação homem-mulher, indicando que o parceiro seria detentor do poder em detrimento de uma posição submissa da mulher. Tais construções são socialmente designadas.

Esta característica desencadeia a afirmação feita pelos médicos de que a mulher é o eixo da família e sua ascensão ao espaço público prejudicou toda dinâmica familiar, uma vez que a organização do lar era sua responsabilidade. Eles consideram a mulher como a base da família, o eixo central que reúne e agrega valores passados aos filhos. O fato de ela sair de casa modificou a dinâmica doméstica, o que, de acordo com os médicos, acabou por desestruturar a célula familiar.

Em contrapartida, existem aqueles médicos que reconhecem essas mudanças e concordam que as conquistas femininas do espaço público de certa forma abriram espaço para o homem tomar ciência do espaço privado, passando a ajudar nas tarefas domésticas, como aponta o discurso: "*Os filhos… a… a atenção é menos, mas eu acho que com mais qualidade, né. […] Eu todo dia tenho que ajudar… eu tenho um filho de 8 anos que tenho que ajudar a fazer tarefa de escola, minha mulher ajuda, entendeu. Antigamente os pais não tinham isso, né." (CM_3, homem, 55 anos)*

Segundo os relatos, a atualidade modificou a dinâmica dos comportamentos, tanto femininos, quanto masculinos, o homem passou a realizar algumas funções domésticas, o que há alguns

anos era inadmissível. Ao entrar no espaço privado, o homem diminui a sobrecarga imposta à mulher pela sua dupla-jornada diária, evidenciando, com isso, evoluções nas concepções de gênero.

Outro ponto que constatamos refere-se às suas **percepções acerca de quem é a mulher que se encontra em situação de violência**. De acordo com os profissionais, a permanência dessas mulheres em um relacionamento marcado pela violência deve-se a múltiplos fatores, destacando-se principalmente o medo de represália do parceiro, a dependência financeira e emocional e o medo de perder os filhos. Esses aspectos estão diretamente relacionados às questões de gênero, ou seja, a posição social "inferior" ocupada pela mulher justifica e naturaliza a violência. O relato a seguir apresenta essas considerações:

Porque a situação de vida dessas mulheres é muito complicada. Elas dependem do marido financeiramente, né… não têm coragem de largar por causa dos filhos… porque ele que banca a casa. [...] É educacional, as famílias são muito ignorantes, sem instrução nenhuma, muito broncas… foram criadas assim como uma mulher muito subjugada. Como é que você vai mudar isso na cabeça de uma pessoa? Né… fazer a mulher entender que ela é igual ao marido dela. Que ela tem que se posicionar com ele de igual pra igual, mas não adianta, ela não foi criada assim. O cara não vê ela assim, ela não se vê assim, entendeu?(GO$_5$, mulher, 30 anos).

Para Piscitelli (2002), devido à construção social do papel da mulher, esta ocupa uma posição de dependência em relação ao homem que seria o provedor de suas necessidades, destinando a ela o espaço privado, ou seja, a responsabilidade pelas tarefas domésticas e pelo cuidado dos filhos. Seu domínio é o lar e a possibilidade de perder suas funções tradicionais significaria abrir mão de suas conquistas. Sendo assim, a mulher permanece na relação por não ser capaz de visualizar outras possibilidades para sua vida, o que contribui para a cronicidade da violência destacada por Oliveira (2001) e Saffioti (2004) ao afirmarem que esta se desenvolve num ciclo vicioso que, com o passar dos anos, tende a se tornar mais grave e intensa. Deparamos com as questões de gênero, por meio das quais a mulher é designada como dócil, submissa, cuidadora, enquanto o homem deve ser agressivo, corajoso

e provedor, para explicar a violência. Essa noção manifesta-se no discurso dos médicos ao destacarem que essas mulheres, mesmo reconhecendo a situação de violência, aceitam-na como algo natural, portanto, inquestionável e imutável.

Conclusão

Nossos resultados revelam que grande parte dos médicos percebe que a mulher atual conquistou sua liberdade e independência sexual, no entanto, a hegemonia masculina ainda é muito presente. Além disso, essa liberdade, segundo os profissionais, não está bem esclarecida para as mulheres, considerando-se que, muitas vezes, acaba sendo confundida com libertinagem, tornando-as promíscuas.

Os profissionais também percebem que a mulher chegou ao espaço público, encontrando seu lugar no mercado de trabalho. Contudo, em virtude do paradigma dominante em nossa sociedade, acumulou diversos papéis, que a sobrecarregaram. Além disso, os médicos afirmam que, por ser a mulher o eixo central da família, ao abandonar sua exclusividade doméstica, desestruturou o ambiente familiar. Em contrapartida, esses profissionais também percebem a entrada dos homens no espaço privado, participando mais ativamente das tarefas domésticas e dos cuidados dos filhos.

Suas visões de gênero são determinantes para compreender suas percepções sobre quem é a mulher que sofre violência doméstica e suas atitudes e praticas como profissionais de saúde, pois, ao estabelecer que a sociedade atual, apesar das mudanças, ainda é baseada em relações entre desiguais, esses médicos acreditam que as mulheres são muito dependentes dos homens, tanto emocionalmente, quanto financeiramente, justificando a perpetuação e naturalizando da violência. Além disso, os eventos de agressão ocorrem devido ao fato da mulher ser considerada um objeto de propriedade masculina e, muitas vezes, são desencadeados por uso de bebidas alcoólicas e drogas ou ciúmes do companheiro. Estas justificativas agem em consonância com sua desresponsabilização frente ao evento, uma vez que culpando o álcool ou o ciúmes pela violência, este profissional não se compromete e, por esse motivo não teria poder para interferir na situação nem modificá-la.

REFERÊNCIAS

ÂNGULO-TUESTA, A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde**.** Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

Azevedo MA.**Mulheres Espancadas**: a violência denunciada. São Paulo, Cortez, 1985.

Bardin L.**Análise de Conteúdo**. Lisboa: Press Universitaires de France, 1977.

Brasil. Ministério da Saúde.**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRUNS, M. A. T. O Olhar do Cotidiano e a Perda da Sensibilidade. In: BRUNS, M. A. T.; ALMEIDA, S. **Sexualidade preconceito, tabus, mitos e curiosidades.** Campinas: Átomo, p. 11-49, 2004.

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al.Violência Doméstica e suas diferentes manifestações.**Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** 2003, 25: 09-21.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice**. Studies in Family Planning**, v.24, n. 1, p. 18-30, 1993.

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C.**WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women.** Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology**. Journal Epidemiology Community Health**, v. 5, p. 693-700, 2001.

MARINHEIRO, A. L. V. **Violência doméstica**: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Minayo MCS.**Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, K. N. L. C. **Relações conjugais violentas**: suas contradições e novas configurações contemporâneas pós-feminismo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de

Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDROSA, C. M. **Mulheres em situação de violência**: o discurso dos profissionais de saúde**.** Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L.M. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. São Paulo: IFCH/Unicamp, p.32-33. (Textos Didáticos, n.48), 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê violência contra a mulher**: um problema que afeta toda a Sociedade. Recife, 1999.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface,Comunicação**, **Saúde, Educação**, v.3, n.5, p.11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em unidade de atenção primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W. S.; FALCÃO, M.T.C.; KISS, L.B.; DURAND, J.G.; PINHO, A. A.. Violência vivida: a dor que não tem nome**.** **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu - SP, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. In: **Gender and the politics of History**. Nova Iorque: Columbia University Press, p. 28-50, 1988.

PLANTÃO PSICOLÓGICO NA DELEGACIA DA MULHER: UM LUGAR DE EMPODERAMENTO

Roberto Evangelista
Janaina, Michele,
Renata
Daniel
Juliana

Introdução e justificativa, indicando a sua importância no contexto local.

Quando a mulher vítima de violência doméstica procura a delegacia para denunciar seu parceiro-sintoma, sinaliza a princípio o desejo de pôr fim ao seu sofrimento. Esse ato de tornar público o seu sofrimento por si só não significa estar implicada no lugar que ocupa, nem tão pouco preparada emocionalmente para suportar o revés dessa intenção, muitas vezes repetindo não apenas o padrão relacional na escolha de outros parceiros como na sua manutenção. O que se observa frequentemente em nosso meio é uma repetição a compulsão na lavratura de BOs sem a instauração do inquérito policial, o que prejudica na maioria das vezes a condição necessária para o devido prosseguimento em sua intenção. Observa-se frequentemente que esse fato comporta diferentes sentidos emocionais a serem levados em conta, em que há dificuldade de quebrar o ciclo de violência vivido.

Decidimos implantar desde 2008 na primeira e segunda DDM um serviço denominado Plantão Psicológico, preconizando a utilização de consultas terapêuticas às vítimas de violência doméstica, desde a perspectiva do *holding (lugar de sustentação)* à *intervenção retificadora subjetiva* (lugar de implicamento e responsabilização), para tratar a questão da violência doméstica sob uma perspectiva da eleição do parceiro e da relação conjugal que envolve pactos inconscientes.

Objetivos

Promover a implicação subjetiva e o empoderamento da mulher vítima de violência doméstica, para que retome o sentido de continuidade, reagindo à impossibilidade de ser e existir sem a agressão.

Metodologia: caminho percorrido no desenvolvimento da prática

As consultas terapêuticas únicas ou repetidas focadas na subjetividade da mulher visam despressurizá-las, implicá-las, responsabilizá-las em suas escolhas e manutenção delas, auxiliá-las na tomada de decisões mediante os seus reais interesses e preocupações, ajudando-as na quebra do ciclo de violência do qual se queixa. Por meio da sustentação e implicamento da mulher, há a possibilidade de solucionar seus problemas, sem que haja, por parte do plantonista qualquer julgamento moral a despeito da decisão por ela tomada. Nesse sentido, o serviço implantado é um lugar também de empoderamento da mulher vitimizada.

Durante as consultas terapêuticas, utilizamos como facilitadores e mediadores na comunicação humana, auxiliares clínicos: a balança reflexiva, cujo propósito é o de fazer um convite à reflexão acerca das ambivalências vividas na relação vítima-agressor. Utilizamos também o ciclo de violência, possibilitando à mulher a posicionar-se e refletir sobre o seu lugar neste ciclo de violência, mapeando seu papel colusivo em tal ciclo e também o uso do folder da lei Maria da Penha a fim de ajudá-la frente às garantias legais e protecionais diante das mudanças desejada.

O atendimento ocorre dentro de um ambiente flexível, confiável, empático e reflexivo. Tem caráter pontual, breve e contempla 1 a 4 consultas.

Produtos, o que foi realizado e resultados alcançados

A partir da análise dos casos atendidos durante os dois semestres, observou-se de maneira expressiva, mulheres sentindo-se melhores e aliviadas, visto que puderam compartilhar o sofrimento antes indescritível e, muitas vezes, silenciado. Fica evidente a importância do

psicólogo-plantonista como alguém que num primeiro momento sustente o medo, para assim num segundo momento poder se explorar e perceber de que tem medo.

Afirma uma vítima:

“Eu nunca pensei que me sentiria tão protegida aqui na Delegacia, não sabia que encontraria este tipo de serviço...eu falo pra todos que aqui é bom, eu gostei muito e sou outra pessoa.” (R.M)

Em relação à intervenção retificadora quando a mulher reflete sobre sua questão e se vê como participante ativa, ela muda sua percepção e vê que a possibilidade de transformar sua relação está em suas mãos.

Outra mulher afirma:

“Saí desta relação, agora estou forte e capaz. Percebi que não tinha vida” (D.J.M)

Aprendizado com a prática: facilidades e dificuldades (100 palavras)

Entrar em contato com demandas tão específicas e emergenciais torna o trabalho do estagiário plantonista uma oportunidade única e rica para o entendimento da condição humana e do “vir-a-ser” diante de processos potencialmente mutativos para ambos, o futuro profissional e a nova mulher já não mais vitimizada.

Outro aspecto importante é o modo de fazer uma nova clínica contemporânea, em que há o manejo do *setting* em diferentes contextos sociais, diante do sofrimento e padecimento emocionalmente expresso.

Considerações finais

No atendimento à mulheres no plantão psicológico da delegacia especializada, pode-se dizer que quando há o acolhimento, a reflexão, a compreensão e o reconhecimento de sua participação ativa na relação, a mulher em situação de violência pode muitas vezes quebrar o ciclo para que diante da transformação e do movimento psíquico, ela possa ter a possibilidade de aliviar suas angústias, mudar suas perspectivas de futuro e elaborar novas ações que a levem à uma vida mais digna, tendo em vista seus direitos como ser humano. Nesse sentido, o plantão cumpre sua função, de criar condições para o empoderamento da mulher.

PLANTÃO PSICOLÓGICO ÀS MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA DELEGACIA DE DEFESA: DO *HOLDING* Á INTERVENÇÃO TERAPEUTICA RETIFICADORA

Roberto Evangelista

Introdução e Justificativa

Na delegacia, mulheres vitimas de violência doméstica se deparam com agentes policiais que investigam e se interessam apenas pelo fato denunciado, não possuindo tempo nem manejo para atendê-las em seu aspecto psicossocial. Abre-se uma grande fenda na adequação deste atendimento. Tal buraco suscita questões: Como dar apoio psicológico a elas? Como mostrar a relevância em refletir sobre si mesma? Como amenizar seu padecimento? Como atuar num *setting* de trabalho diferente do tradicional? Assim, implantamos, desde 2008, um serviço na delegacia denominado Plantão Psicológico, com consultas terapêuticas avulsas ou repetidas, ancorado no aporte psicanalítico do holding à intervenção terapêutica, preconizando retificação subjetiva. Evangelista fornece aos interessados neste campo um modo de operar clinicamente, afirmando ser o Plantão um encontro/ambiente compartilhado, facilitador e sustentador que, através de um convite a um processo do pensar sobre si mesmo na relação vitima – agressor, torna possível viver momentos mutativos. Afirma que, ao emprestarmos nosso ego à pessoa aportada numa experiência de contato sustentador, possibilitamos que pense seus problemas através de outras perspectivas e percepções em relação ao sintoma/parceiro que carrega, iniciando retificações subjetivas, enfrentando as vicissitudes do viver humano com o devido sentido de continuidade e uma revisão do lugar singular ocupado em sua queixa.

Objetivo

O plantão visa proporcionar espaço respeitoso, empático, de escuta e reflexão à mulher vitima para re-significar suas histórias, produzir novos projetos de vida e ampliar o exercício de sua cidadania.

Metodologia

Mulheres a partir de 18 anos, vítimas de violência doméstica, dirigem-se à Delegacia de Defesa para lavratura de BO contra seus agressores e podem ser atendidas por plantonistas de psicologia, através de consultas terapêuticas únicas ou repetidas, ancoradas no aporte psicanalítico e nos cinco passos de Safra. Associam-se a estas consultas instrumentos mediadores da comunicação humana, tais como: a “balança reflexiva” (balança da justiça impressa em folha de papel), que visa o pensar sobre as diversas ambivalências vividas na relação “vítima-agressor”, a escolha do parceiro, a manutenção ou quebra da relação, a reflexão dos sentidos do BO na relação com o seu parceiro-sintoma. Utiliza-se também do desenho do ciclo de violência que permite à mulher posicionar-se e responsabilizar-se, em parte, no seu papel e lugar por vezes simbiótico e colusivo na relação com o seu agressor. Por fim, o uso do folder da lei Maria da Penha, visando ajudá-la em seu empoderamento frente à mudança desejada. Cada consultor realiza um Plantão de duas horas consecutivas, uma vez por semana. A duração da consulta é configurada num *setting* bastante flexível e relativizado em função da necessidade da vítima diante do seu sofrimento e padecimento.

Produtos: o que foi realizado e resultados alcançados

A vivência deste trabalho torna clara a importância social da escuta analítica e do acolhimento a estas mulheres. Parecidas ou diferentes, suas histórias e queixas apresentam em comum: carências, desamparo no sofrimento, necessidade de desabafo e passividade no agir. A presença do plantonista se torna vital quando se constata que tal acolhimento não é oferecido pelos funcionários (policiais). Retificá-la subjetivamente e implicá-la naquilo de que se queixa,

afirma Couto (2005), ser o ponto de partida para que ela tome consciênciade seu lugar nesta relação e passe a pensar sobre sua decisão, seja ela qual for. Sabemos que tomar consciência é importante para qualquer processo de mudança, mas não basta para quebrar o ciclo de violência. Na maioria dos casos, elas estão emocionalmente fragilizadas por problemas pessoais, familiares e sociais. Portanto, o Plantão preconizado se faz necessário nesse contexto de sofrimento emocional , permitindo a despressurização e a implicação.

Aprendizado com a pratica

É relevante expor a resistência inicial da equipe (escrivãs e investigadores) que atuava na Delegacia da Mulher. Presentes na recepção das vítimas, parte deles não conversavam e nem encaminhavam as mulheres aos plantonistas. No decorrer dos atendimentos, houve mudança significativa nessa comunicação. Mostram abertura para o diálogo, preferindo que as consultas terapêuticas ocorressem antes da realização do BO, alegando ser este um procedimento facilitador da explanação por parte das vítimas durante o relato dos acontecimentos para a lavratura do BO. A presença do plantonista na delegacia significou a possibilidade do encontro acolhedor, sustentador, reflexivo e retificador, sem caráter investigativo policialesco.

Considerações finais

Como receptora da queixa, a delegacia pode simplesmente reforçar a divisão radical dos papéis: ali existe de fato um agressor e uma vítima. Entretanto, a queixa também tem sentido de denúncia, e ela poderá promover mudanças judiciais (BO- representação-inquérito policial -processo) e momentos mutativos psicológicos na vida da mulher (vitima passiva – ativa-retificada –empoderada). Assim, o papel do plantonista é de agente transformador, auxiliando a mulher a se posicionar para além do lugar de vitima frente ao parceiro-sintoma que carrega, re-significando sua história e dando inicio ao discernimento de sua posição de sujeito ativo naquilo de que se queixa.

O DISCURSO DE ADOLESCENTES QUE VIVENCIAM ARRANJOS FAMILIARES CONTEMPORÂNEOS

Elizângela de Morais Santos Macário
Rosita Barral dosSantos
Thiago de Almeida

RESUMO:

A família contemporânea é uma instituição considerada por estudiosos das ciências sociais como importante na constituição social dos indivíduos, e vem adquirindo novas características no decorrer da história. Dentre as novas configurações familiares da atualidade, escolhemos como objeto de estudo, adolescentes que não cresceram em uma família nuclear, ou seja, com os pais e receberam educação dos avós. Assim, o objetivo da nossa pesquisa é compreender as vivências de adolescentes que foram criados por avós. O corpus do estudo foi construído por meio de entrevista semiestruturada, que foi gravada e transcrita, tendo como participantes 7 adolescentes. Os resultados apontam para 6 categorias de análise: a) Família como apoio e proteção; b) Relação conflituosa com os pais; c) Relação afetuosa embora distante com os pais; d) Relação de afeto, cuidado e gratidão pelos avós; e) Disparidade entre a família ideal e a família que convive de fato; f) Significados positivos da família. Pode-se interpretar que a relação estabelecida entre netos que foram criados por seus avós é de afeto e cuidado. Em relação aos pais, os jovens entrevistados atêm-se ao modo como vivenciaram esta distância, sendo evidenciadas relações conflituosas assim como relações afetuosas.

PALAVRAS CHAVES: Adolescentes; Família; Vivências; Relações.

O TRABALHO DO PSICÓLOGO EM VARAS DE FAMÍLIA SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE ADVOGADOS[79]

Andréa Carvalho Silva
Elaine Cosmo de Moura
Karina Rodrigues Blanez
Claudia Aranha Gil
Lucilena Vagostello

RESUMO

A Psicologia Jurídica faz interface com o Direito. Nesse contexto, o psicólogo pode utilizar conhecimentos de avaliação psicológica para realizar laudos e pareceres. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer a visão de advogados sobre o trabalho do psicólogo que atua em demandas judiciais. O estudo teve a participação de 10 advogados, de ambos os sexos, entre 25 e 59 anos de idade e com pelo menos 5 anos de experiência em Direito de Família. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados; elas foram gravadas, transcritas e analisadas através da análise de conteúdo, destacando-se as divergências e convergências nos discursos. Os resultados indicaram que os advogados consideram, como principais funções do psicólogo, auxiliar o juiz na decisão e buscar o bem estar da criança. Verificou-se que a expectativa dos participantes é que o psicólogo encontre a verdade sobre os fatos. A avaliação dos entrevistados foi positiva no que concerne ao trabalho do perito, porém alguns participantes consideraram o trabalho do assistente técnico parcial. Contudo, os participantes consideram importante o trabalho do psicólogo em Varas de Família, por

[79]Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2011.

considerarem que as questões emocionais presentes nesse contexto fogem às competências do Direito.

Palavras-chave: atuação do psicólogo. perícia psicológica judicial. separação conjugal. Família.

BULYING: DESCRIÇÃO E POLITICAS PREVENTIVAS

Marco Aurelio Romar

RESUMO

O presente trabalho aborda a descrição sobre o Bullying, as ações de identificação, prevenção e solução do problema. Método: através de uma revisão bibliográfica sobre o tema em livros e base de dados nacionais e internacionais (Lilacs; MedLine; Psycinfo). Resultados: caracteriza-o como forma de intimidação direta ou indireta, desde simples gozações, até a prática de atos violentos normalmente detonados por uma profunda falta de capacidade de se lidar com as diferenças. Demonstra que o fenômeno é permeado por influências culturais limitantes das alternativas dos indivíduos na resolução pacífica dos problemas e conflitos. Descreve ações que podem e devem ser entendidas como Bullying e sua incidência. Desenha o perfil dos agressores, e suas principais características. Analisa o perfil das vítimas e os sinais comportamentais típicos. Traça o perfil das testemunhas e suas características. Coloca sob exame as relações entre a família, a escola e professores, o fenômeno em si e as conseqüências na vida dos agressores e vítimas. Conclusão: O presente trabalho indica que políticas preventivas podem e devem ser adotadas pela escola numa perspectiva orientadora e norteadora do princípio de formar a pessoa autônoma, o cidadão solidário e o profissional competente, bem como, na atuação de resolução pacífica dos problemas e de conflitos, implantando e consolidando uma cultura de paz

Palavras-Chave: Bullying. Violência Contra Crianças e Adolescentes. Violência. Educação. Famílias. Escola

AMOR, SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: COMO ESSAS VIVÊNCIAS PODEM SE RELACIONAR ADEQUADAMENTE?

Ester Santiago Duarte Carqueijeiro Antunes;
Andrea Soutto Mayor;
Thiago de Almeida)
eesdca@uol.com.br

Resumo:

O envelhecimento da população brasileira é hoje uma realidade. Outro fato é que a sexualidade faz parte da natureza e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento humano e sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental. No entanto, convivemos em uma sociedade que, muitas vezes, priva a possibilidade do idoso pensar sua sexualidade e a procura de relacionamentos amorosos, de forma autônoma e destituída de preconceitos e estereótipos. A capacidade de amar e de exercer práticas sexuais não tem limite cronológico. O limite está no campo psicológico, no preconceito e na intolerância social. Dessa forma, resgatar o direito a uma vida amorosa e sexual na terceira idade implica poder pensar o amor em suas formas de transformação, ou seja, em outras formas de amor que passam pela ternura, pelos contatos físicos, a expressão corporal, o olhar, o toque, a voz, redescobrindo deste modo as primeiras formas de amor do ser humano. Esse estudo se propôs a fazer uma reflexão neste âmbito, ao mostrar que apesar das eventuais limitações físicas da terceira idade, os idosos podem obter acesso e ter os mesmos privilégios do exercício da sexualidade quanto qualquer outro segmento da população.

ADOLESCÊNCIA E RELAÇÕES AMOROSAS: UM ESTUDO SOBRE O DESENVOLVIMENTO JUVENIL

Taisa Cristina Del Vecchio[i];
Thiago de Almeida (ITES)

Resumo

O mundo contemporâneo, configura-se como um quadro de múltiplas transformações sociais, culturais e comportamentais para os diversos grupos humanos. Neste novo tempo, há uma pluralidade de formas para se compreender a realidade. Logo, nota-se a sociedade atual em estado de transformação constante. Termos novos são criados e, termos antigos são reinterpretados.Dentre esses grupos humanos inseridos nas transformações citadas, um dos que mais sofrem as conseqüências é o grupo dos adolescentes, tanto em função de vulnerabilidade quanto devido ao novo e a sua necessidade de romper barreiras e padrões estabelecidos. Assim, frente toda a particularidade apresentada do termo adolescência é que, o estudo em questão, de cunho bibliográfico, busca entender um novo fenômeno do universo do adolescente o termo “ficar com”, e como ele tem se instituído como um símbolo no desenvolvimento dos adolescentes.

Palavras-chave: adolescentes, adolescência, ficar com, relacionamento amoroso, desenvolvimento humano.

O CONTEXTO AFETIVO-FAMILIAR DE RELAÇÕES INCESTUOSAS ENTRE IRMÃOS.

Cristina Fukumori Watarai;
Vera da Rocha Resende

Nas duas últimas décadas, a questão do abuso sexual de crianças e adolescentes alcançou maior visibilidade, ao tornar-se uma questão pública, enfrentada como problema social. Para isto, contou com a participação da sociedade civil, ações governamentais e não governamentais, além da divulgação pelos meios de comunicação.

Estas mudanças tiveram como ponto de partida, a implantação de novas políticas públicas com base em elaboração de legislações que afirmam a criança e o adolescente enquanto sujeito de direitos. No plano formal, reconhecemos que a infância nunca recebeu amparo legal tão protetor quanto o enunciado. Entretanto, não é possível negar a persistência da vitimização, e sua alta incidência, assim como não se pode confirmar se houve diminuição ou aumento do número de casos, ao longo do tempo, devido à existência da chamada “cifra oculta” (AZEVEDO; GUERRA, 2005a, p. 42).

Historicamente, este tema suscitou, e ainda suscita sentimentos de horror e repugnância, principalmente quando envolvem pessoas do mesmo grupo parental, constituindo as relações incestuosas. A grande dificuldade enfrentada por profissionais, que se dispõe a atender esta demanda, está associada à recusa de familiares reconhecerem a existência do problema, o que impede a notificação dos casos, protegidos pela privacidade doméstica.

O ***incesto*** permanece velado em uma espécie de pacto de silêncio durante muitos anos, sem ser identificado e denunciado. A vítima, desacreditada, é silenciada diante de ameaças do agressor; os demais parentes silenciam porque se recusam a admitir que o problema existe e, muitas vezes, sequer conseguem reconhecê-lo como tal. Muitos profissionais também não conseguem perceber o que acontece e dependendo da formação e do preparo que receberam, se negam a ver a realidade.

A experiência no atendimento psicossocial de crianças e adolescentes, vítimas da violência sexual, em uma instituição pública, localizada em um município no interior do estado do Paraná, nos coloca diante de um quadro preocupante de incidência do relacionamento incestuoso entre irmãos, em sua grande maioria, crianças e adolescentes encaminhados, seja na condição de vítimas ou na condição de autores de abuso sexual.

A busca por subsídios que embasem nossa intervenção aponta a existência de algumas lacunas na literatura. As contribuições mais significativas tendem a privilegiar características de incesto em que o abusador é, geralmente, pessoa adulta, do sexo masculino, pai, padrasto ou tio. A definição de criança e adolescente tem como parâmetro o que foi preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069/90 (BRASIL, 1990).

Recorremos a diferentes fontes de dados, nacionais e internacionais: Banco de Dados Bibliográficos, Banco de Teses, artigos científicos eperiódicos até 14/07/2008, e constatamos limitado número de publicações sobre esta temática (RAYMENT-McHUGH; NISBET, 2003; RAYMENT; OWEN, 1999; WELFARE, 2008).

Algumas pesquisas internacionais foram consultadas, para melhor fundamentar o nosso estudo e justificar a relevância social dessa temática.

No Canadá, James Worling (1995) investigou um grupo com 32 adolescentes que cumpriam medida de internação, por terem vitimizado sexualmente seus irmãos mais novos, comparando com 28 adolescentes que abusaram sexualmente de outras crianças. Ele utilizou vários questionários com propriedades psicométricas. listando onze categorias e agrupando-as em dois conjuntos. O primeiro seria sobre o funcionamento familiar (conflito conjugal, punição física, ambiente familiar hostil, sentimentos de rejeição parental e satisfação familiar), ao passo que o segundo seria sobre o funcionamento individual (autoestima, depressão, hostilidade, agressividade e o isolamento social). A partir dos resultados obtidos, constatou-se que os aspectos sobre o funcionamento individual não foram tão significativos como no funcionamento familiar: os adolescentes que abusaram de seus irmãos vivenciaram, em suas famílias, maior conflito conjugal, sentimentos de rejeição, punição física, um ambiente familiar hostil e insatisfação nas relações familiares.

Para o autor, a violência presente nessas famílias, seja física, seja psicológica, pode ser um facilitador para que a violência interpessoal seja praticada entre irmãos, com envolvimentos sexuais abusivos entre eles. As rejeições parentais e um ambiente extremamente hostil podem levar os irmãos a buscar uma forma de conforto, amparo e apoio, entre eles, culminando com um relacionamento incestuoso sobretudo durante a puberdade.

Outro dado relevante nessa pesquisa é que 20 (aproximadamente 63 %) dos 32 adolescentes que abusaram de seus irmãos confirmaram terem sido vítimas de abuso sexual, em comparação com 10 (aproximadamente 36%) dos outros 28 adolescentes.

Na Austrália, Rayment-McHugh e Nisbet (2003) fizeram uma pesquisa semelhante. Dos 32 adolescentes que haviam abusado de crianças, 13 (41%) haviam vitimizado seus irmãos. A partir de escalas psicométricas, pôde-se concluir que os adolescentes que cometeram abusos contra seus irmãos foram vítimas de abusos anteriores (38%), em maior proporção do que outro grupo (16%). Além disso, foi identificado um maior número de vítimas, maior número de reincidência de abusos e problemas de condutas, no grupo dos adolescentes incestuosos. Os autores sugerem a necessidade da participação dos pais no tratamento, sendo comprovada uma grande tendência a negar ou ignorar o impacto em famílias nas quais o incesto aconteceu.

Nicki Owen (2001) realizou uma investigação com 10 mulheres adultas que vivenciaram experiências incestuosas com seus irmãos, na infância (entre três a doze anos), com a duração de tempo entre seis meses a doze anos, tendo constatado que a maioria das mulheres (7) tinha em suas famílias de origem vários problemas como o alcoolismo, negligência, pais distantes emocionalmente, além de vivenciarem abusos físicos e emocionais. Apenas 3 delas descreveram seus lares como satisfatórios, embora tivessem vivido algumas dificuldades.

A experiência incestuosa de 8 mulheres foi descrita como traumática e abusiva, com comportamentos graves e invasivos dos irmãos, os quais incluíram o estupro com conjunção carnal e sexo oral. As outras duas mulheres relataram sentimentos conflitantes, provocados pelo afeto e carinho recebido pelos irmãos. Todas concordaram ter sofrido alguma forma de

coerção, destacando-se: ameaças, maus tratos físicos, abuso emocional, entre outras. Alguns dos irmãos, para iniciar o incesto, empregaram estratégias como “fingir ser uma brincadeira”.

A maioria das mulheres não confiou em seus pais, para relatar o ocorrido quando crianças, com receio de que eles não as apoiassem; algumas justificaram que sentiam que os irmãos praticantes do incesto eram os preferidos da família.

Um dado relevante encontrado na pesquisa é que todas as mulheres revelaram não ter tido uma educação sexual adequada, quando crianças, tendo pouco ou nenhuma informação sobre a sexualidade.

Após a idade adulta, 7 mulheres resolveram revelar o ocorrido para as suas famílias, entretanto, a maioria não foi apoiada. Uma delas ouviu de sua mãe: “Você deve ter gostado, senão contaria para alguém”, enquanto um pai declarou: “Você pediu para ele”. Portanto, elas viram-se sozinhas e obrigadas a conviver com o segredo.

Com base nessa pesquisa, Owen (2001) elaborou alguns critérios para avaliar o contato sexual entre irmãos, os quais transcrevemos abaixo:

- idade e nível de desenvolvimento da criança
- diferença entre as idades
- extensão e duração do comportamento sexual
- dinâmica de poder nos irmãos e nos relacionamentos familiares
- tamanho físico
- se o comportamento parou, quando as crianças desejaram (capacidade de “controlar” a situação)
- técnicas de coerção
- a extensão do abuso emocional e físico, no relacionamento entre irmãos.

O autor argumenta que há uma estreita relação do incesto entre irmãos, a negligência e famílias disfuncionais. Ele aponta que as famílias possuem frequentemente um modelo patriarcal.

A facilidade de acesso que o perpetrador tem da vítima, a sua(seu) irmã(o), pode fazer a vítima se sentir responsável pela situação, colaborando para a manutenção do silêncio e da culpa, reforçando uma relação de cumplicidade e contribuindo para o caráter repetitivo do abuso que, segundo o autor, é semelhante ao abuso perpetrado por um adulto na família.

Em um artigo recente, Anne Welfare (2008) relata uma pesquisa qualitativa com 21 famílias em que houve incesto entre irmãos. A autora procurou entrevistar todos os familiares envolvidos, buscando diferentes pontos de vista, para diferenciar das demais investigações que priorizam a perspectiva de apenas um único membro. Todos os entrevistados eram adultos e o envolvimento incestuoso entre os irmãos ocorrera entre as idades de seis a oito anos, para vítimas do sexo feminino, e dos treze aos dezoito, para os agressores adolescentes do sexo masculino.

Os dados mais relevantes dessa pesquisa indicaram a gravidade desses envolvimentos: em 82% dos casos existiu conjunção carnal e, em 14%, outros tipos de carícias. Em 43% das situações, constatou-se um alto grau de violência, coerção e sadismo. A autora também associou o surgimento de vários tipos de transtornos mentais decorrentes desses abusos (transtorno de personalidade *borderline*, transtorno do pânico, distúrbios alimentares, suicídio, autoflagelação, entre outros). A reação dos familiares com a revelação do incesto variou entre a negação, a hostilidade, a preferência pelo irmão agressor, em detrimento da vítima. Algumas vítimas, com receio de que a família pudesse se dissolver, preferiram não denunciar essas situações aos pais. Casos de vitimização anterior desses irmãos agressores foram igualmente apontados, na pesquisa, quando muitos relataram terem sido vítimas de amigos da escola, primos e vizinhos.

A autora ressalta a importância da família no apoio, proteção e recuperação dos filhos, assim como a necessidade de levar o filho autor a assumir a responsabilidade pelo ato cometido, como parte de seu próprio tratamento. Entretanto, os pais devem lidar com vários aspectos emocionais provocados pela situação, como a culpa, a confusão, a depressão, entre outros.

Em nosso estudo, buscamos destacar que múltiplos fatores devem ser levados em conta para uma relação incestuosa entre irmãos ser considerada abusiva ou não, e que a disparidade significativa entre as idades, conforme alguns autores (***FINKELHOR, 1981***; ***DUARTE; ARBOLEDA, 2005) estabeleceram (cinco anos de diferença ou mais) não deve ser um critério isolado, nessa definição.***

Reconhecemos a necessidade de incluir a questão do envolvimento incestuoso entre irmãos nos debates em nossa sociedade, considerando, principalmente a tendência para o consentimento que permite assumi-la como menos danosa e abusiva do que casos que envolvem pai-filha/padrasto-enteada) (CYR et al., 2002; RUDD; HERZBERGER, 1999).

Em face das questões aqui colocadas e, levando em conta a experiência cotidiana no atendimento desta demanda, inúmeras questões nos inquietam, embora não estejam dissociadas de uma realidade social mais ampla, que pode sim facilitar a ocorrência do abuso sexual, incestuosa ou não.

O caminho desta investigação foi traçado, tendo como ponto de partida a contribuição da teoria psicanalítica, que, desde Freud (FREUD 1912/2001), que admite a presença de desejos incestuosos em cada indivíduo, desde a mais tenra idade. Este princípio, a despeito de toda discussão que precedeu seu enunciado, é facilmente compreendido quando pensamos a sexualidade humana na perspectiva do desenvolvimento, assumindo-a não enquanto experiência erótica, localizada em alguma parte do corpo. É possível reconhecer, a partir do texto Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, Freud (1905/1975), que a vida sexual não se inicia apenas na puberdade: o ser humano não nasce assexuado. A atividade sexual é precoce porque o bebê obtém gratificação desde os primeiros contatos com o meio, através da mucosa oral. A satisfação obtida após a mamada o coloca em estado de relaxamento muito semelhante ao que o adulto alcança após o coito. Por este caminho, todos os cuidados, necessários para sua sobrevivência, recebem um colorido afetivo, que pode ser positivo ou negativo, dependendo de quem cuida dele.

Essa constatação teve enorme importância em toda a construção da teoria psicanalítica, particularmente sobre a formação do psiquismo. Cabe ressaltar que o desejo incestuoso é inerente a todo indivíduo que tem nas figuras parentais o primeiro objeto de amor. A sexualidade infantil faz parte do desenvolvimento, mas, sua forma de expressão em nada se assemelha à forma adulta de experienciar a sexualidade. O controle dos impulsos e o surgimento de fantasias de conteúdo sexual, ao longo do crescimento, fazem parte das descobertas proporcionadas pela cultura. O papel da família é ser continente, educar, orientar e proteger a criança, para que suas manifestações não a transformem em objeto de satisfação de desejos de pessoas que não alcançaram um desenvolvimento psicossexual mais saudável.

Retomamos nossa questão, o que trata do relacionamento incestuoso, que se tornou atuante e assumiu caráter abusivo, por envolver crianças que estão em fases diferentes no processo de desenvolvimento psicossexual. A iniciação precoce na sexualidade adulta é lesiva porque inclui estimulação que provoca sensações que ela não pode suportar, nem compreender. O acesso à informação sexual não forma, nem amadurece a criança para este tipo de experiência, e a interdição do incesto é importante fator estruturante do psiquismo.

O objetivo deste trabalho consistiu em identificar as condições afetivo-familiares em que emergem cenas incestuosas entre irmãos e descrever a estrutura familiar que as sustenta.

Essa pesquisa foi fundamentada no método clínico de investigação. A técnica de atendimento, entretanto, é diferenciada por se tratar de uma instituição pública. Mezan (2002) denomina este tipo de trabalho realizado em psicanálise, em contexto diverso do setting clássico como extramuros, principalmente por extrapolar “as quatro paredes do consultório e se inscrever, de um modo ou de outro, na cena social e cultural” (p. 418).

Optamos pela realização de um estudo exploratório, por constatarmos que se trata de um assunto pouco abordado, em nossa literatura, que necessitaria de um maior aprofundamento, sem a pretensão de grandes esclarecimentos. Cabe ressaltar que a

pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética da Instituição, obteve parecer favorável, e, não há informações que identifiquem as famílias estudadas.

Quatro famílias de crianças e adolescentes participaram desta pesquisa, com experiências sexuais incestuosas entre a fratria.

As famílias foram selecionadas a partir de prontuários e de indicações através de conversas informais com os profissionais, sendo o motivo do encaminhamento a ocorrência do envolvimento incestuoso entre os irmãos, crianças e/ou adolescentes[80], que possuem uma convivência familiar desde a tenra idade.

Para ter acesso a esses dados, foram utilizadas: a entrevista aberta com os responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes, a aplicação da Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD) com todos os membros, nos moldes propostos por Soifer (1989) e Souza (1995), com algumas adaptações voltadas para esta pesquisa. Exploramos um pouco mais sobre aspectos relativos ao envolvimento incestuoso entre os irmãos, complementando-as com as entrevistas individuais com os membros da fratria.

Um roteiro contendo os assuntos a serem abordados foi utilizado apenas como um norteador, possibilitando que todos os entrevistados falassem sobre o mesmo assunto, favorecendo a etapa de análise dos dados. Portanto, objetivou-se que os participantes expusessem assuntos do cotidiano, de sua história, daquilo que surgisse no momento.

As entrevistas foram gravadas e transcritas tendo sido levantados alguns tópicos mais relevantes para a análise, respectivamente: comunicação, papéis e funções, aspectos transgeracionais dos grupos familiares, concepção da sexualidade e envolvimento incestuoso entre os irmãos, com a preocupação de avaliar as atitudes dos entrevistados diante da questão do incesto.

Os dados colhidos foram resumidos nos quadros abaixo:

RESULTADOS

[80]A definição de criança e adolescente tem como parâmetro o que foi preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069/90 (BRASIL, 1990).

Composição Familiar

Família Silva[81]

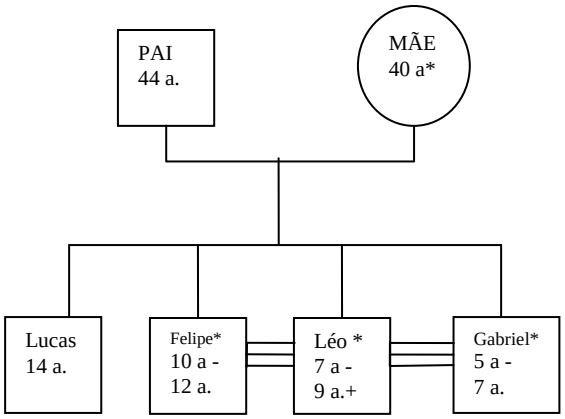
Legenda:

Relação Incestuosa:

*Vítima de abusos sexuais: **

Vítima de violência física: +

Idade da ocorrência do abuso: -



Família Ferreira[82]

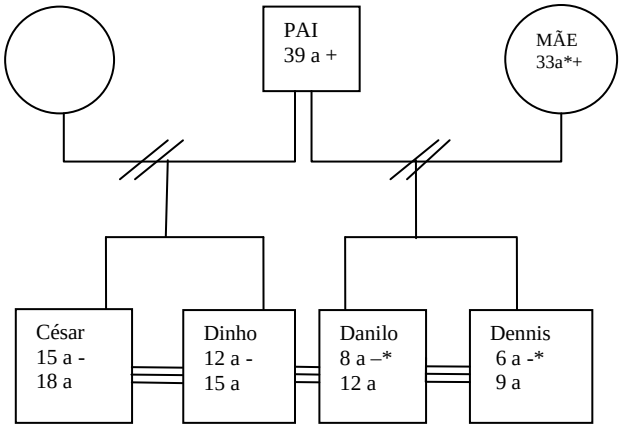
Legenda:

Relação Incestuosa:

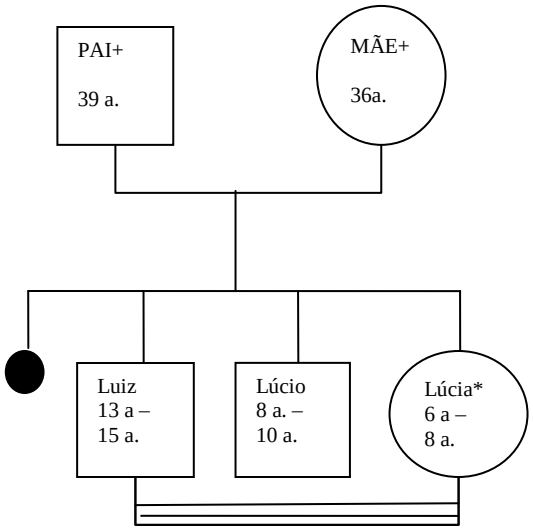
*Vítima de abusos sexuais: **

Vítima de violência física: +

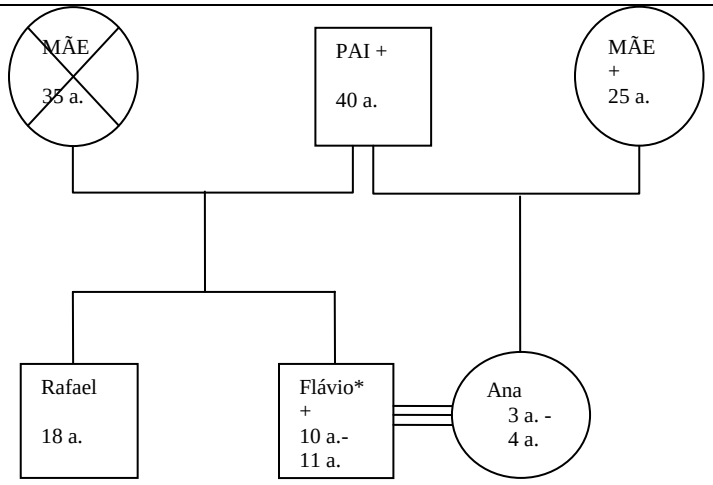
Idade da ocorrência do



[81]Todos os nomes e sobrenomes são fictícios
[82]Todos os nomes e sobrenomes são fictícios

abuso: - Separação	
Família Oliveira[83] *Legenda:* *Relação Incestuosa:* *Vítima de abusos sexuais: ** *Vítima de violência física: +* *Idade da ocorrência do abuso: - Aborto:*	

[83]Todos os nomes e sobrenomes são fictícios

Família Souza[84] *Legenda:* *Relação Incestuosa:* *Vítima de abusos sexuais: ** *Vítima de violência física: +* *Idade da ocorrência do abuso: - Falecimento:*	

Comunicação

Família Silva	Esquizoide
Família Ferreira	Fóbica com traços obsessivos
Família Oliveira	Paranoide com traços fóbicos
Família Souza	Fóbica

Papéis e Funções

Família Silva	Falha no desempenho do papel e função da mãe, ausência de limites com fronteiras difusas, pai se omite em exercer seu papel e função.

[84]Todos os nomes e sobrenomes são fictícios

Família Ferreira	Fronteiras difusas, falha no desempenho do papel e função de mãe, apresentando uma conduta infantilizada. Pai despótico, autoritário, autor de violência física. Família fechada em si, sem abertura para o mundo externo.
Família Oliveira	Fronteiras difusas, grande conflito conjugal, pai omisso, dificuldade de a mãe assumir o seu lugar de esposa, demonstrando condutas infantilizadas, rivalizando com seu filho Luiz, o réu da família
Família Souza	Papéis familiares e fronteiras geracionais bem definidos e um pouco rígidos, o relacionamento pai-filha e madrasta-enteado um pouco distante. O relacionamento irmão-irmã era o mais próximo.

Aspectos Transgeracionais

Família Silva	**Mãe:** histórico de rejeição, abandono e abuso sexual. Quebra de fronteiras intergeracionais: avós assumem os papéis e funções dos pais. **Pai:** histórico de violência física e de abuso sexual na família. **Filhos:** houve a confirmação que três deles foram vítimas de abuso sexual, posteriormente passaram a se relacionar incestuosamente.
Família Ferreira	**Mãe:** histórico de rejeição materna, abandono, abuso sexual e violência física. **Pai:** histórico de violência física e de suspeita de abuso

	sexual na família. **Filhos:** ambos foram vítimas de abuso sexual, violência física e posteriormente passaram a se relacionar incestuosamente.
Família Oliveira	**Mãe:** há o indicativo de um lar incestuoso, assumiu o papel e função de "esposa" do pai, provocando uma rivalização entre mãe-filha. Presença de violência física na família. **Pai:** histórico de violência física e suspeita de abuso sexual na família. **Filhos:** houve a confirmação de que a filha foi vítima de abuso, perpetrado pelo irmão mais velho e primos da família paterna.
Família Souza	**Mãe:** há indicativo de uma educação rígida, com a presença de violência física na família. Assumiu o papel e função de "mãe". **Pai:** há indicativo de uma educação rígida na família, com a presença de violência física. Presença de lutos mal-elaborados, com a perda de dois irmãos e da ex-esposa. **Filhos:** um dos filhos foi vítima de abuso sexual perpetrado pelo primo (da família materna) e, posteriormente, passou a se relacionar incestuosamente com sua meia-irmã.

Concepção da Sexualidade

Família Silva	Mãe demonstra atitude rígida e puritana acerca da sexualidade, com incapacidade de dar aos filhos uma educação sexual mais adequada. Manteve uma conduta repressiva, diante da descoberta das situações abusivas dos filhos, culpabilizando-os e punindo-os fisicamente.
Família Ferreira	Mãe demonstra incapacidade em dar uma educação sexual adequada, com dificuldade de comunicar-se com seus filhos sobre esse assunto. A sexualidade, nessa família, parece circular livremente. Manteve uma conduta repressiva diante da descoberta de situações abusivas dos filhos, chegando a punir um deles.
Família Oliveira	Pais demonstram dificuldades em oferecer uma educação sexual adequada. Houve dificuldade em conversar sobre o envolvimento incestuoso ocorrido entre os irmãos. Todos os filhos foram punidos.
Família Souza	Mãe mantém-se em uma posição rígida e puritana, diante de assuntos relativos à sexualidade. Pai demonstra maior flexibilidade. A educação sexual passada nessa família é resumida pela diferença entre os gêneros.

O Envolvimento Incestuoso Entre Os Irmãos

	F. SILVA	F. FERREIRA	F. OLIVEIRA	F. SOUZA
Idade e nível de desenvol-vimento da criança	Felipe: 10 Léo: 7 Gabriel: 5 Pré-latência e Latência	Danilo: 8 Dennis: 6 Latência	Luiz: 13 Lúcio: 8 Lúcia: 6 Latência e fase genital	Flávio: 10 Ana: 3 Latência e Pré-latência

Diferenças entre as idades	2 e 3 anos	2 anos	7 anos	7 anos
Extensão e duração do comportamento sexual	Atos libidinosos Aprox. 2 anos	Atos libidinosos Aprox. 2 anos	Com Penetração Supõe-se que menos de um mês	Atos Libidinosos Um único episódio foi citado
Dinâmica de poder nos irmãos e nos relacionamentos familiares	Léo parece exercer maior poder sobre Felipe e Gabriel	Dennis parecer exercer maior poder sobre Danilo	Luiz exerce maior poder e autoridade sobre os irmãos	Flávio exerce maior poder sobre a irmã
Tamanho físico	Léo é mais robusto que os outros irmãos	Danilo é mais alto que Dennis	Luiz é maior do que os irmãos	Flávio é maior que a irmã
Capacidade de controlar a situação	Não	Resposta prejudicada	Não	Não
Técnicas de coerção	Ameaça verbal de punição física	Resposta prejudicada	Ameaça verbal de punição física	Ameaça verbal de punição física
Extensão do abuso emocional e físico	Culpa e agressividade entre os irmãos	Resposta prejudicada	Tristeza, culpa, medo	Culpa, confusão
Houve abuso sexual anterior	Sim (primos)	Sim (meio-irmãos)	Sim (primos)	Sim (primos)

Histórico de abuso sexual na família	Sim	Sim	Há suspeitas	Há suspeitas e relação à família materna de Flávio

Nas quatro famílias analisadas, foi possível identificar algumas peculiaridades, constatando alguns problemas no âmbito da comunicação, principalmente no relacionamento pais/filhos.

A característica apresentada em todas as famílias foi a inversão dos papéis e funções familiares, com a distribuição desigual de autoridade. Para a maioria dos filhos entrevistados, os pais eram vistos como figuras distantes ou hostis, não oferecendo um ambiente de proteção e acolhimento.

Consideramos a intimidade afetiva entre os cônjuges e os filhos uma fonte protetora importante, que se evidenciou insatisfatória, em todas as famílias.

A presença da violência doméstica foi marcante nas quatro famílias, no âmbito das relações familiares, inicialmente na relação entre cônjuges e, depois, se estendendo ao relacionamento entre irmãos. Enfatizamos o uso da punição ou castigo físico como o único jeito de “educar” os filhos e lidar com os conflitos, com dificuldade de estabelecer um diálogo adequado.

Para efeito deste estudo, optamos pela utilização do conceito “transgeracional”, porque caracteriza o dispositivo psíquico presente nos relatos obtidos de vitimas, agressores e demais membros de uma mesma família em que ocorreu abuso sexual incestuoso.

A transmissão transgeracional se dá “através” dos indivíduos, de geração em geração, sem uma experiência de separação, quer dizer, os conteúdos transmitidos apresentam lacunas e vazios, pois não foram transformados ou simbolizados. Nesse tipo de transmissão, não há uma separação entre os sujeitos, por exemplo, algo na mente da mãe ou do pai pode

ser transmitido ao filho sem passar pela repressão, como um trauma não elaborado ou vivências não significadas.

Empiricamente, a experiência no atendimento de casos de abuso sexual, na família, mostra que algumas mães de crianças vitimadas relatam sua própria vitimização verificada na sua infância, com algum membro da família. Paradoxalmente, a própria vivência de abuso sexual não favorece a proteção dos seus filhos. Ao contrário do que se pode esperar, o trauma não-elaborado prejudica-as na identificação de atitudes e alterações no comportamento dos filhos, que sinalizam sua condição de vítimas de abuso. Defensivamente, essas mulheres tendem a minimizar ou a eliminar a evidência traumática, com a negação, a clivagem, a projeção (CORREA, 2000).

> Várias situações podem destruir a capacidade e a função parentais: lutos não-elaborados, segredos, histórias lacunares, histórias de violência, vazios, migrações, traumas, enfim, que não puderam ser transformados, simbolizados, historizados. Essas situações podem comprometer dramaticamente a capacidade metabolizadora parental de ansiedades primitivas do bebê (função alfa, rêverie, mãe suficientemente boa). (TRACHTENBERG, 2005, p. 123).

A transmissão transgeracional está diretamente relacionada aos segredos vergonhosos (crime, incesto, suicídio, violência, entre outros), que envolvem as vivências traumáticas, ou seja, o medo de que a sua revelação possa levar à repetição do ato traumático gera lacunas, gera o vazio irrepresentável, que torna “a presença desses objetos como a de um corpo estranho ou, citando a imagem dada por N. Abraham, uma ’alma penada’ que, sem energia própria, persegue em silêncio [...]” (KOPITTKE, 2005).

A nova geração, portanto, torna-se herdeira, receptora dessa transmissão defeituosa, não-elaborada. Em muitos casos, há um único herdeiro selecionado, isto é, um indivíduo da família narcisicamente selecionado, o qual viverá uma história que em parte não é sua, está

alienada a ele e se prestará a pôr em ato tudo aquilo que foi repudiado pelos que o precederam.

Nas famílias analisadas, pudemos notar a abolição dos limites entre os indivíduos e as diferentes gerações, com a ocorrência de diversas situações de violência. Essas vivências traumáticas, que não foram expressas, mantidas em segredo, apropriaram-se do espaço psíquico dos filhos, os herdeiros.

No âmbito intrafamiliar, observamos características peculiares da família incestogênica (AZEVEDO; GUERRA, 2005b) em praticamente todos os casos examinados. As entrevistas revelaram indícios de figuras incestuosas até a terceira geração, como no caso da família Silva[85], na qual o avô abusou da enteada, cujos filhos abusaram de seus primos, filhos de senhora Maria[86], a qual tinha igualmente, em sua história de vida, a marca do abuso sexual.

A concepção da sexualidade também foi outro tópico analisado, constatando que a temática é encarada como um tabu, ainda nos dias de hoje. Muitos pais agem de maneira repressiva ou procuram evitar falar sobre ela, associando-a a algo negativo, sujo, de sorte a desconsiderar que ela faz parte do desenvolvimento do indivíduo.

Pudemos notar que, ao invés dos discursos repressivos terem um efeito de proteção das situações abusivas ou incestuosas, na verdade são facilitadores, como assevera Sanderson (2005), pois a criança precisa ter uma educação sexual adequada, para que possa adquirir confiança em seu corpo e em sua sexualidade, a fim de aceitá-la, o que a protege de ser explorada e abusada sexualmente por outros.

Com esses discursos repressivos sobre a sexualidade, foi possível observar que muitos pais não “perceberam”, não foram sensíveis ao pedido de ajuda dos filhos, que, por meio de comportamentos sexuais atípicos entre eles, denunciavam uma vitimização sexual anterior, ou seja, em todas as famílias analisadas, foi constatado um histórico de abuso anterior (primos e meio-irmãos) ao envolvimento incestuoso entre os irmãos.

[85]Sobrenome fictício
[86]Nome fictício

SÍNTESE CONCLUSIVA

Por meio desta pesquisa, observamos que a temática sobre o envolvimento incestuoso entre irmãos (crianças ou adolescentes) merece maior destaque, em nossa sociedade.

A escassa literatura que aborda esse assunto tem apontado a necessidade de ampliar a discussão, principalmente ressaltando as diferenças existentes entre os comportamentos sexuais típicos e abusivos de irmãos.

Os autores estrangeiros pesquisados (FINKELHOR, 1979; WORLING, 1995; RAYMENT; OWEN, 1999; OWEN, 2001; RAYMENT-McHUGH; NISBET, 2003; WELFARE, 2008) são unânimes em concordar que esse tipo de incesto é minimizado, no meio social, por ser erroneamente confundido com simples brincadeiras sexuais, típicas da idade.

Buscamos também descrever a estrutura familiar que sustenta esses tipos de relacionamentos, apontando para uma família com característica incestogênica, com a presença de confusão de papéis e gerações, bem como com a predominância da lei do segredo. Observamos que a subjetividade tem-se configurado em um ambiente de extrema violência, não facilitador para um desenvolvimento afetivo saudável e com um discurso sobre a sexualidade a acentuar, nessas famílias, o seu caráter de tabu.

Também identificamos como as situações traumáticas (de violência física e sexual intrafamiliar) não elaboradas levam às transmissões psíquicas defeituosas, entre as gerações, inaugurando uma cadeia traumática transgeracional (TRACHTENBERG, 2005).

A partir dessas contribuições, procuramos sublinhar, nesta pesquisa, que a ocorrência de um envolvimento incestuoso entre os irmãos merece maior atenção dos pais, dos profissionais, da sociedade em geral, já que, se apresenta como um problema social e indica uma disfunção familiar.

É importante ressaltar, por conseguinte, que o profissional deve ouvir e realizar sua intervenção com todos os membros da família, compreendendo sua dinâmica, o seu funcionamento como um todo.

Por fim, compreendemos que, na relação incestuosa entre irmãos, não se trata apenas da fratria envolvida (vítimas x agressores), mas de toda uma família, que colaborou conscientemente e inconscientemente para que não fosse estabelecida uma interdição do incesto.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e Violência Doméstica**: módulo 1A/B-2A/B. São Paulo: LACRI/IPUSP, 2005 a.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e Violência Doméstica**: módulo 3A/B-6A/B. São Paulo: LACRI/IPUSP, 2005b.

BRASIL. Decreto – Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF.

CORREA, O. B. R. Eclosão dos vínculos genealógicos e transmissão psíquica. In: _____, **Os avatares da transmissão psíquica geracional.** São Paulo: Escuta, 2000.

CYR, M. et al. Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdauther incest. **Child Abuse & Neglect**, v. 26, n. 9, p. 957- 973, 2002.

DUARTE, J. C.; ARBOLEDA, M. R. C. Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In: SIMON, M. A; CABALLO, V. E (Org.). **Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente**. Transtornos Gerais. São Paulo: Santos, 2005. p. 293- 321.

FINKELHOR, D. **Sexually victimized children**. New York: The Free Press, 1981.

FREUD, S. (1905). Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. VII. p. 118-228.

FREUD, S. (1912). O Horror ao Incesto. In: _____. **Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**.Rio de Janeiro: Imago, 2001. v. XIII. CD-ROM.

KOPITTKE, C.C. Transgeracionalidade, Violência e Trauma: Um desafio à psicanálise contemporânea. In: TRACHTENBERG, A. R. C. et al. **Transgeracionalidade:** de escravo a herdeiro: um destino entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 131-141

MELLO, V. M. H. P. Entre Luz e Trevas: O Legado Transgeracional de um Luto Não-Elaborado na Realidade Psíquica de uma Criança. In: TRACHTENBERG, A. R. C. et al. **Transgeracionalidade:** de escravo a herdeiro: um destino entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 111-118

MEZAN, R. **Interfaces da Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

OWEN, N. More Than Just Child´s Play: A Study On Sibling Incest. Children Australia, v. 23, n.4, p. 15-21, 2001.

RAYMENT-MCHUGH, S.; NISBET, I. Sibling Incest Offenders as a Subset of Adolescent Sexual Offenders. In: **Child Sexual Abuse: Justice Response or Alternative Resolution Conference**, 2003. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/App/Search/SearchResults.aspx?txtKeywordSearch=brother-sister+incest&fromSearch=1>. Acesso em 17 jul. 2008.

RAYMENT, S; OWEN, N. Working with Individuals and Families Where Sibling Incest Has Occurred: The Dynamics, Dilemmas and Pratice Implications. In: **Victims and Offenders Conference convened by the Australian Institute of Criminology**, 1999. Disponível em http://www.sasian.org/pdf/owen.pdf. Acesso em 20 jan. 2009.

RUDD, J. M.; HERZBERGER, S. D. Brother-sister incest – father-daughter incest: a comparison of characteristics and consequences. **Child Abuse & Neglect**, v. 23, n. 9, p. 915- 928, 1999.

SANDERSON, C. **Abuso Sexual Em Crianças**: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. 1. ed. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SOIFER, R. **Psicodinamismos da Família com Crianças**: Terapia Familiar com Técnica de Jogo. Petrópolis: Vozes, 1989.

SOUZA, A. S. L. **Pensando a Inibição Intelectual:** Perspectiva Psicanalítica e Proposta Diagnóstica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

TRACHTENBERG, A. R. C. et al. **Transgeracionalidade:** de escravo a herdeiro: um destino entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

WELFARE, A. How Qualitative Research Can Inform Clinical Interventions in Families Recovering From Sibling Sexual Abuse. ANZJFT, v. 29, n. 3, p. 139-147, 2008.

WORLING, J. Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent non-sibling sex offenders. **Child Abuse and Neglect**. Vol. 19(5), p. 633-643, 1995.

O QUE MOBILIZA A ARTE CRIATIVA?UM PERCURSO SOBRE A ORIGEM E A IMPORTÂNCIA DA CRIATIVIDADE NA FORMAÇÃO DA SUBJETIVIDADE[87]

Denir Camargo Freitas
Paula Cruz

RESUMO

Esta pesquisa buscou investigar a dinâmica que envolve o processo criativo, com o objetivo de obter o conhecimento sobre o tema desde sua origem. Assim também buscou saber qual a importância da base criativa na formação da subjetividade do indivíduo. Realizou-se esta, em pesquisa qualitativa com o método bibliográfico, buscando nas idéias de Freud, Melanie Klein, Winnicott e autores contemporâneos, explanar sobre o movimento gerado pela criatividade, na vivência dos indivíduos. Concluímos que o criar está presente desde o nascimento, surge no corpo investido libidinalmente, portanto encontra-se no infante impulsos agressivos e libidinais, ou seja, a luta entre o amor e o ódio, inerentes a todo ser humano. O brincar demonstrou ser uma forma eficiente de lidar com a angústia e com os conflitos, necessários no processo de subjetivação com base criativa. A criatividade e os sintomas emergem da mesma fonte, com isso, o criar mostra-se um recurso ligado à “saúde”, na elaboração da dor e sublimação dos impulsos agressivos, violentos e autodestrutivos, adquirindo a maturação do potencial criativo e da individualidade. Com o empobrecimento do brincar na atualidade, será preciso um olhar privilegiado ao viver infantil, para que aconteça de fato, um processo subjetivo a favor de um movimento que gera a vida.

[87]CRUZ, P. C.; FREITAS, D.C.. **O que mobiliza a arte criativa?Um percurso sobre a origem e a importância da criatividade na formação da subjetividade.** 2011, 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Psicologia, Universidade Bandeirante de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2011.

Palavras-chave: Arte.Origem. Criatividade.Sexualidade. Brincar. Subjetividade.

ACOLHIMENTO E TRATAMENTO DO ADOLESCENTE USUÁRIO OU VULNERÁVEL ÀS DROGAS E A HARMONIZAÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR

Jurandir Santos

RESUMO

O presente trabalho pretende discutir a questão da violência no núcleo familiar de jovens envolvidos com drogas lícitas e ilícitas. Um problema cada vez mais sério que deve ser levado ao debate popular e ao centro de atenção junto aos profissionais que prestam atendimento e apoio a essas pessoas. Apesar de uma fase muito bonita e promissora, os adolescentes passam por sofrimentos, por vezes, invencíveis, como a dor, a frustração, o medo e a morte. É nosso papel ajudá-los a enfrentar essa fase, sem, no entanto, evitar ou negar a melancolia, que faz parte da vida. Esse período de metamorfose pode ainda ser discriminado pela ambivalência entre o desejo de crescer e se tornar adulto para ganhar mais direitos e, ao mesmo tempo, o sofrimento pela perda do corpo infantil, da proteção das figuras parentais e do temor de assumir responsabilidades. Quando se tornam dependentes químicos, esses jovens perdem o referencial do núcleo familiar e social e passam a viver somente para a próxima balada, sem conseguirem esboçar um projeto de vida, de continuidade, de amanhã. No entanto, é no seio da família que ele pode encontrar respaldo e consolo para as suas angústias, medos e frustrações.

Palavras chaves: adolescente, drogas lícitas e ilícitas, violência, família.

Introdução: entendendo o adolescente da atualidade

A adolescência é o período da razão, de achar que pode mudar o mundo, das fortes paixões, da volúpia e da experimentação. É uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. Tem relação com uma série de mudanças corporais, hormonais, fisiológicas, comportamentais e sociais tão profundas que pode gerar uma visível desestabilização,

impondo ao jovem, a perda definitiva da sua condição de criança. É o marco do nascimento de um novo referencial, como se a pessoa nascesse de novo.

Para Benghozi[88] essa transformação no ciclo da vida envolve não apenas o indivíduo, mas também o conjunto da vida familiar, ou seja, existe um evento adolescência individual que estabelece uma relação com o conjunto familiar, portanto ele é inter-familiar e está em consonância e co-construção com o conceito de "adolescência familiar".

Podemos ainda propor uma analogia entre o período da adolescência com a mitologia do deus grego Dionísio[89]. Essa divindade corresponde às paixões, às desordens, aos desejos e às bagunças. Caracterizado como um ser, cujos mistérios inspiram a adoração ao êxtase, ao culto às orgias, também representava os ciclos vitais e as festas do vinho. Bom e amável com aqueles que o honravam, levava à loucura ou à destruição aqueles que desprezavam as oferendas a ele dedicadas.

O adolescente chega para nós como deuses e, na ânsia de cuidarmos deles e atribuirmos nossos princípios e valores, corremos o risco de aprisioná-lo, mas de certo, nessa quebra de braço vamos perder, pois as paixões e as volúpias fazem parte do divido, assim como de nós também fizeram.

É necessário lembrá-lo que "desenvolver" tem a ver com sair do envolvimento, quando havia mais segurança, conforto e prazer. Todos nós, em determinados momentos da vida, nos sentimos em situações de crescimento, ocasião em que nos deparamos com momentos regressivos. Em algumas situações queremos crescer, em outras não. Inevitavelmente, surgirá o medo, uma vez que o risco existe, sim!

No entanto, os pais da atualidade geralmente trabalham muito e ficam distantes desses meninos e meninas. Estamos na era do fim do patriarcado, isto é, a figura do homem-pai, institucionalizado, que exerce poder sobre a mãe, e os filhos quase deixam de existir. Os

[88]Pierre Benghozi, *Psicanálise dos laços sociais: Construção e reconstrução da malhagem dos continentes genealógicos familiares e comunitários* (Curso promovido e realizado pela Universidade de São Paulo – USP, Instituto de Psicologia, Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social – LAPSO, no período de 22 a 26 nov. 2010).

[89]O leitor poderá obter mais detalhes sobre Dionísio em: Thomas Bulfinch, *O livro da mitologia: histórias de deuses e heróis* (trad. Luciano Alves Mendes. São Paulo: Martin Claret, 2006 – Coleção a obra-prima de cada autor, Série ouro; 45), pp. 215-221.

Wikipédia, a enciclopédia livre, *Dionísio* (Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Dioniso)

próprios valores dos pais estão em cheque. Por vezes, encontram-se angustiados por não saberem distinguir autoridade de autoritarismo. Consequentemente, eles sentem-se culpados por estarem distantes e por não poderem acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos e, dessa forma, não saberem ao certo o que cobrar deles, deixarem de ser firmes e de não terem clareza do que esperam desses meninos e meninas.

Antigamente, os adolescentes tinham maior interação social e contato com o espaço público, andavam pelas ruas, frequentavam praças públicas que representavam o ponto de encontro, de namoro e de circulação de notícias globais e do que acontece na cidade. Hoje em dia, com a proliferação do repasse e da circulação das drogas e da violência, esses jovens afastaram-se desses meios sociais e, invariavelmente, estão desencantados com a política.

De acordo com a topologia sugerida pela psicanalista Melanie Klein, o bebê que estava dentro da mãe tem agora a mãe dentro de si, ou seja, a introjeção da mãe.

> [...] ora, esse relacionamento intercambiável entre filho e pai, que manifestamos em nossa atitude para os outros, é também experimentado dentro de nós como referência a essas figuras salutares e orientadoras que conservamos em nossa mente. A essas pessoas que formam parte do nosso mundo interno consideramos inconscientemente como pais amorosos e protetores [...][90]

Isso significa que em determinados momentos a projeção externa não vai adiantar. O jovem necessitará da projeção interna, dos conteúdos que ele interiorizou e guardou para si, que são as forças que o impulsionarão para a vida ou, dependendo do contexto, para a morte. Mais adiante, necessitará passar pela ruptura, que é a adolescência, para permitir que o desenvolvimento aconteça.

Na medida do possível, precisamos conter os impulsos negativos e evitar que o adolescente se torne onipotente e poderoso para lidar com o medo da perda da infância. Exemplo disso podem ser a prática do sexo sem proteção, a gravidez precoce, o uso de drogas, a propagação da violência e a marginalidade aos valores sociais. Não podemos perder a noção

[90] Melanie Klein, *Amor, ódio e reparação* (Rio de Janeiro: Imago, 1970), p. 173.

do núcleo familiar, do contato com os pais e do regresso a casa após cada odisseia. Klein sugere que

> [...] o sofrimento que acompanha os processos de integração também contribuem para a solidão. É que isto significa defrontar-se com seus impulsos destruidores e partes odiadas do eu, que às vezes parecem incontroláveis e que, por conseguinte, põem em risco o objeto bom. Com a integração e um sentimento crescente de realidade, a onipotência está fadada a diminuir [...]. Conquanto haja outras fontes para ter esperança que se deriva de força do ego e da confiança em si e nos outros, um componente de onipotência sempre faz parte do mesmo.[91]

No entanto, temos de levar em consideração que conter impulso é lidar com a nossa própria brutalidade. Além disso, haverá sempre o risco da perda do contato com as figuras parentais para se tornar adulto.

A brutalidade e a violência, tão presentes e em evidência nos meios de comunicação, estão dentro de nós, consciente ou inconscientemente. São questões que precisamos levar para o debate social, entendermos e intelectualizarmos para o refinamento constante da educação dos nossos adolescentes.

As novas atitudes dos filhos vão sempre requerer novas atitudes dos pais. Por vezes, eles terão necessidades que não dependerão de nós para supri-las. Em determinados momentos, deveremos deixá-los a sós, respeitar os segredos deles e ajudá-los no fortalecimento das relações extra-familiares, pois grupos de amigos em determinadas ocasiões podem ter maior importância do que a própria família porque

> [...] as dependências afetivas do passado chocam-se com o desejo, com a sexualidade e o jovem passa a buscar no social e na vida com grupos, os seus modelos e referências. É como se o adolescente estivesse em busca, ao mesmo tempo, de uma identidade e de uma

[91] Melanie Klein, *O sentimento de solidão (*Rio de Janeiro: Imago, 1971), pp. 141-142.

> ideologia. Nesta instabilidade, torna-se sintoma das vulnerabilidades sociais.[92]

Precisamos respeitar o poder de argumentação e de ser ouvido dos adolescentes; no entanto, conversar não é discursar. Não é raro dizermos algo como: “vem cá que eu quero conversar com você”; ora, isso não é conversa, mas a representação da fala de um lado só. A ideia é criar um clima de diálogo; quando isso não for possível, devemos deixar o conflito latente até que se reestabeleça a conversa.

A nova configuração familiar

Atualmente, as famílias são definidas mais pelos laços afetivos do que propriamente pelo de consanguinidade; o que reflete em novas configurações, como as famílias de pais separados, os avós que cuidam de netos, as esposas que contribuem financeiramente, os casamentos homoafetivos, as famílias socioafetivas, os cuidados dos irmãos, entre outras modalidades. “[...] é preciso lembrar que não diz respeito apenas àquilo que denominamos de ´amor´, mas, sim, a todos os sentimentos que nos unem” (BRUNO, 2002)[93].

Munuchin[94], um dos principais percussores da Escola Estrutural, vê a família como um sistema que se define em função de uma organização hierárquica, agindo através dos subsistemas, tais como os grupos de pais, filhos, casais, etc. O que define as regras dos subsistemas é a nitidez nas fronteiras que se estabelecem nas relações. Quando as fronteiras são difusas, as famílias estarão aglutinadas. Já as fronteiras rígidas resultarão em famílias desligadas. Famílias saudáveis emocionalmente apresentam – como se espera -, fronteiras claras.

[92] Erane Paladino, *O adolescente e o conflito de gerações na sociedade contemporânea* (São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005), p. 48.
[93]Denise Duarte Bruno,*Família socioafetiva* (Disponível em: http://www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=60. Acesso em 09 set. 2010). Recomendamos também consultar Roberto Paulino de Albuquerque Júnior, *A filiação socioafetiva no direito brasileiro e a impossibilidade de sua desconstituição posterior* (Disponível em: http://jus.com.br/revista/texto/10456/a-filiacao-socioafetiva-no-direito-brasileiro-e-a-impossibilidade-de-sua-desconstituicao-posterior. Acesso em 09 set. 2010).
[94]Salvador Munuchin,*Famílias: funcionamento e tratamento* (Porto Alegre : Artes Médicas, 1982).

Os trabalhos desenvolvidos pelo psicanalista Winnicott[95] são dirigidos a grupos de assistência social e têm sempre como tema central a família, o desenvolvimento de grupos sociais. Dessa forma, afirma que a teoria do crescimento emocional da criança dentro da estrutura familiar deriva, em grande parte, das tendências para a organização presentes na personalidade individual.

Segundo esse autor, os cuidados que os pais proporcionam estende-se para a família e amplia o seu significado ao incluir outros elementos, como os avós, os tios, os primos ou outros indivíduos que assumem o *status* de parentes devido à grande proximidade ou significado especial, como no caso dos padrinhos. Portanto, a necessidade humana

> [...] proporcionando cuidado ao indivíduo, bem como a necessidade que o indivíduo tem de inserir-se num contexto que possa, de tempos em tempos, aceitar uma contribuição sua nascida de um impulso de criatividade e generosidade [...][96]

No caso da rebeldia, o indivíduo cinde com o círculo imediato que o envolve e lhe oferece segurança, desde que esse rompimento seja vantajoso. É quando a criança precisa sair do colo da mãe e adentrar em um ciclo mais amplo que esteja disposto a aceitá-la.

O casamento, por exemplo, pode significar, ao mesmo tempo, uma ruptura em relação aos pais e à família e um prolongamento da estrutura orientadora do modelo familiar, o que caracteriza um

> [...] processo de crescimento dos indivíduos, o complexo de Édipo apresenta-se como um alívio: nessa situação triangular, o menino pode conservar o amor pela mãe tanto à frente a figura do pai, e do mesmo modo a menina, com a mãe à frete, pode conservar seu desejo pelo pai.

[95]Donald W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (3. ed., tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005).
[96]*Ibid*., p. 131.

> Na ausência de uma terceira figura, a criança só tem duas alternativas: ser engolida ou afastar-se violentamente.[97]

A família também contribui para que a pessoa amplie o ciclo social imediato para fazer parte de outros grupos, tais como os agrupamentos políticos, sociais e religiosos. O indivíduo, por sua vez, só conseguirá atingir a maturidade emocional em um contexto onde a família seja capaz de garantir a transição entre o cuidado dos pais e a vida social, bem como encontrar, na vida social, elementos de extensão das funções da família.

De acordo com Winnicott, quando o ambiente é destruído ou mesmo nunca deixou de existir, o ódio é reprimido ou a capacidade de amar outras pessoas é perdida, cristalizando várias organizações defensivas na criança. Pode acontecer a regressão a um estágio de vida mais satisfatório, ou mesmo, desencadear um quadro de introversão patológica. Muito comumente acontecerá a cisão da personalidade: de um lado a criança vai agir como uma “vitrine de loja”, tendo como base a complacência e, por outro lado, manterá secreta a parte do *self* junto a sua espontaneidade, permanecendo o tempo inteiro envolvida em relações ocultas com objetos de fantasia idealizados.

Nesse sentido, observar uma criança carente pode revelar se ela conserva a unidade de sua personalidade ou não, como pode ser o caso da manifestação da depressão ou consolidação de casos considerados antisociais, como urinar na cama e roubar. A análise da criança que passou por essas situações pode revelar a sua esperança em encontrar um lar confortável, uma mãe boa.

A criança, quando rouba, por exemplo, consciente ou inconscientemente, não está à procura do objeto que foi tirado dela, mas à procura da figura da mãe. Quando urina na cama, está à procura do colo da mãe, sobre o qual podia urinar nos primeiros estágios da sua vida.

[97] *Ibid*., p. 135.

> Os sintomas anti-sociais são como uma busca, às apalpadelas, por um ambiente sadio, e são sinais de esperança. Não fracassam por serem dirigidos a um objeto errado, mas sim porque a criança não tem consciência do que está acontecendo. A criança anti-social necessita, portanto, de um ambiente especializado e concebido com fins terapêuticos, que possa proporcionar uma resposta da realidade à esperança expressa pelo sintoma [...][98]

O menor carente viveu uma experiência traumática na sua história, desenvolveu um modo especial de combater as ansiedades criadas e está doente. Segundo Winnicott, a capacidade de recuperação dela dependerá da intensidade da consciência que ainda tem de seu ódio, bem como do resgate da capacidade primária de amar. Por sua vez, o tratamento não deverá ser focado na psicoterapia, mas sim, no fortalecimento de uma alternativa à família. O caso do não tratamento pode resultar não em uma cicatriz, mas, sim, em uma verdadeira mutilação.

Entre os cuidados com crianças adotadas, é importante observar e saber lidar com a fúria delas de tempos em tempos, na medida em que vai adquirindo mais confiança e confiança no novo lar, em consequencia do colapso ambiental ocorrido anteriormente. Os pais adotivos terão que suportar esse ódio e perceberem que essas ondas de sentimentos negativos podem ser superadas estabelecendo-se uma relação em que criança se sinta segura.

Em relação à escola, a criança desajustada não busca pelo ensino, quer encontrar cuidados nesse ambiente escolar, que, para ela tem mais sentido de “albergue” ou “abrigo”. Por esse motivo, Winnicott aconselha os profissionais ligados aos cuidados com crianças a antisociais não serem apenas professores, mas a acrescentarem em sua prática um “colorido de compreensão humana”. Terão que ser, antes, psicoterapeutas de grupo, e acrescentarem á sua prática um pouco de ensino escolar.

O tratamento do adolescente usuário de drogas e o apoio familiar

[98] *Ibid*., p. 199.

Nos anos 90, foi introduzido o conceito de "codependência"[99], focando os familiares do usuário como codoentes. Nesse caso, normalmente os pais, cônjuge ou companheiro vivem obsessivamente em função de ser tutor da pessoa problemática, sentindo-se úteis e com objetivos somente junto ao dependente e aos problemas deles. Os codependentes demonstram autoestima rebaixada, forte sentimento de culpa e não conseguem se desvencilhar da pessoa com dependência.

A abordagem sistêmica vê a família "como um sistema que se mantém em equilíbrio por meio das regras de funcionamento familiar". O tratamento dos dependentes químicos envolve a forma de comunicação, organização e reorganização dos membros.

As teorias psicanalíticas tradicionais entendiam o comportamento da utilização das drogas e do álcool como um mecanismo de regressão aos estágios prazerosos da infância. No entanto, as teorias modernas compreendem essa problemática como uma forma de o indivíduo adaptar os seus *deficits* de autorregulação, resultado da privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. De acordo com esse entendimento, algumas deficiências do indivíduo poderiam levar ao uso de drogas e álcool, tais como: os problemas na construção dos relacionamentos e da intimidade; a vulnerabilidade no desenvolvimento da autoestima; o prejuízo nas habilidades de autoproteção, isto é, falha das pessoas em manterem-se atentas, para tomar precauções ou mesmo evitar comportamentos que possam resultar em consequencias perigosas; *déficits* na tolerância dos afetos (sentir excessivo ou absolutamente nenhum afeto).

De acordo com a proposta de trabalho de Benghozi[100] com a "psicanálise do vínculo social", o sofrimento sempre se manifestará nos níveis psíquico, somático e social. O tratamento estará mais direcionado ao apoio e acolhimento do que à análise e à interpretação. Para ele, a

[99] "*Codependência* é um transtorno emocional definido e conceituado por volta das décadas de 70 e 80, relacionado aos familiares dos dependentes químicos, e atualmente estendido também aos casos de alcoolismo, de jogo patológico e outros problemas sérios da personalidade". Ver mais informações no Portal Psiquiweb. Disponível em: http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=24. Acesso em 12 set 2010.

[100] Pierre Benghozi, *Psicanálise dos laços sociais: Construção e reconstrução da malhagem dos continentes genealógicos familiares e comunitário. Cit.*

toxicomania não ocorre por acaso, mas se inscreve dentro de uma configuração social e familiar.

Krupnik & Krupnik[101] descreveram os quatro estágios pelos quais as famílias passam e sofrem quando um de seus membros usa drogas: no primeiro estágio, através do mecanismo de negação, os membros deixam de falar a respeito do que realmente pensam e sentem; é quando o relacionamento entre eles se torna bastante tensos. No segundo estágio, toda a família passa a se preocupar com o uso de drogas pelo dependente, tenta controlar o uso, faz um pacto (implícito ou explícito) de ocultar a informação e vive a ilusão de que está tudo bem, e que não está sofrendo. O terceiro estágio é caracterizado pela desorganização da família, seus membros se tornam rígidos e inflexíveis, servindo de facilitadores e causando sérias disfunções; é comum acontecer a troca de papéis e as famílias assumem responsabilidades que não são delas, fazendo assim com que os dependentes deixem de perceber a conseqüência dos atos deles.

É claro que o processo não é o mesmo em todas as famílias, mas de um modo geral os sentimentos mais comuns nas famílias que convivem com usuários ou dependentes são: raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo e vergonha pelo estado em que se encontram.

O perfil do risco, nas famílias em vulnerabilidade, ao abuso ou dependência de drogas pode ser caracterizado por: presença de dependência química de pessoas ligadas ao núcleo familiar; problemas psiquiátricos em um dos pais ou cuidadores; severos conflitos familiares com o casal ou entre os membros, com desentendimentos e discussões frequentes, separação; desorganização familiar e falta de definição clara das regras, monitoramento, disciplina; repentinas ou alta frequencia de crises; perdas; doenças graves; baixo poder aquisitivo e dificuldades financeiras; vulnerabilidade social de um modo geral.

Conclusão

[101]Louis B. Krupnik; Elizabeth Kripnik. *A dependência química e a família* (In *Do desespero à decisão: como ajudar um dependente químico que não quer ajuda*. São Bernardo do Campo: Bezerra, 1995).

Essa sistemática entende o fenômeno da dependência química como um sintoma da disfunção familiar. Apesar de o dependente químico parecer ter perdido os vínculos com a família, pode ter fortes emoções a respeito dos relacionamentos e ainda manter dependências afetivas e financeiras. E, diferente do que muitos pensam, os usuários mantêm uma rede social e frequente contato familiar.

As famílias têm oportunidade de entender o adolescente quando percebem que a transição para fase adulta é cheia de obstáculos e perigos, tal qual uma odisseia, gerando angústias e a sensação ilusória de que aquele período jamais terá fim e que nunca estarão preparados para os desafios da vida adulta. É uma jornada árdua em que, para o pleno desenvolvimento, nosso herói-adolescente necessitará de muito empenho e perseverança, além da nossa compreensão e do nosso apoio, evidentemente.

É por meio do atendimento familiar que cada um dos membros passa a receber a devida atenção para as suas angústias e sofrimentos, bem como as informações necessárias para mais compreensão e atuação do quadro de dependência química e, consequentemente, melhorar a integração e o relacionamento familiar.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Roberto Paulino de. *A filiação socioafetiva no direito brasileiro e a impossibilidade de sua desconstituição posterior.* Disponível em: http://jus.com.br/revista/texto/10456/a-filiacao-socioafetiva-no-direito-brasileiro-e-a-impossibilidade-de-sua-desconstituicao-posterior. Acesso em 09 set. 2010.

BRUNO, Denise Duarte Bruno. *Família socioafetiva*. Disponível em: http://www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=60. Acesso em 09 set. 2010.

BULFINCH, Thomas. *O livro da mitologia: histórias de deuses e heróis*. Trad. Luciano Alves Mendes. São Paulo: Martin Claret, 2006 – Coleção a obra-prima de cada autor, Série ouro; 45.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. *Aconselhamento em dependência química*. 2.ed. São Paulo: Roca, 2010.

FREUD, Sigmund. *A etimologia das neuroses.* In Obras completas. Madrid: Nueva, vol. 2.) pp. 1.209-1.211.

KLEIN, Melanie. *Amor, ódio e reparação.* Rio de Janeiro: Imago, 1970.

KRUPNIK, Louis B. ; KRUPNIK, Elizabeth. *A dependência química e a família*. In *Do desespero à decisão: como ajudar um dependente químico que não quer ajuda*. São Bernardo do Campo: Bezerra, 1995.

_____. *O sentimento de solidão.* Rio de Janeiro: Imago, 1971.

MUNUCHIN, Salvador Munuchin. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WINNICOTT, Donald W. *A família e o desenvolvimento individual*. 3. ed. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DOR OROFACIAL E PSICOSSOMÁTICA: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE PESQUISA EM BASES DE DADOS

Sérgio Spezzia
Sonia Pineda Vicente
Orientadora: Leila S. P. C. Tardivo

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Resumo:

Dores orofaciais correspondem às dores que ocorrem na região facial e bucal. Algumas alterações sistêmicas têm correlação com estas dores e devem ter diagnóstico diferencial e tratamento odontológico diferenciado. Toda doença humana ou alteração sistêmica é também psicossomática, pois incide num ser que tem corpo e mente inseparáveis, anatômica e funcionalmente. O objetivo proposto neste trabalho, foi realizar uma pesquisa documental nas principais bases de dados, de trabalhos e pesquisas que discutem a importância da intervenção psicológica precoce no paciente acometido com dor orofacial para que se possa "controlar" os períodos dolorosos. Os dados dessas mesmas bases apontam que o tratamento psicológico utilizado frequentemente é a psicoterapia cognitivo-comportamental sendo que essa abordagem favorece que o paciente modifique o significado da experiência dolorosa, ganhando senso de controle sobre os efeitos da dor. O foco da atenção do paciente pode ser modificado para incluir outros eventos e atividades. Outros estudos e autores de linhas teóricas diversas, em especial de bases psicodinâmicas, desde os mais clássicos até os mais atuais, trazem suas considerações acerca do sentido dessa manifestação, abordando as relações mente-corpo, e os aspectos inconscientes dessas relações. O artigo, também enfoca essas explicações, trazendo as principais conclusões sobre esse tema. Como conclusão, os autores apontam que a partir da pesquisa documental realizada, o emprego da

psicoterapia pode favorecer a melhora dos pacientes com dor crônica, e nesse caso, orofacial , propiciando a melhora da qualidade de vida nos indivíduos que padecem com essa situação.

Palavras- Chave: Dor Orofacial; Psicoterapia; Qualidade de Vida.

Introdução

A literatura da área apresenta poucos estudos, e assim buscamos estudos que enfocassem resultados específicos em dores orofaciais. São necessários mais trabalhos que mostrem tratamentos efetivos junto a pacientes com dor orofacial, a partir de abordagens psicossomáticas e psicoterapêuticas; e não exclusivamente cirúrgicas e medicamentosas. A experiência mostra que são frequentes recidivas do problema e muitas vezes mais agravantes, quando outros aspectos presentes, em especial os psicológicos, deixam de ser considerados.

Dessa forma, faremos uma discussão teórica a respeito dos principais achados que realizamos a partir da pesquisa em bases de dados, sendo essa a metodologia empregada para tecer as considerações que realizamos, a seguir. Essa discussão foi feita a partir de estudos feitos nos últimos cinco anos.

A dor é considerada uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não ao dano real ou potencial de lesões dos tecidos e relacionada com a memória individual, expectativas e emoções de cada pessoa, podendo ser aguda ou crônica. Trata-se de uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais (Merskey e Bogduk, 1994; Pedroso e Celich, 2006).

A dor aguda surge de forma súbita e tem como função, alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão. A dor crônica é considerada aquela com duração maior do que seis meses ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante da dor, merecendo maior atenção por parte dos profissionais de saúde, pois influencia negativamente no cotidiano do indivíduo (Silva, 2002).

Nem sempre a dor orofacial vem acompanhada por sinais de trauma ou doenças, podendo estar associada a fatores psicossociais.

Segundo Okeson(1998), quando se observa a complexidade da experiência dolorosa, o modelo mecanicista de doença se torna insuficiente para se tratar de condições dolorosas, assim, o cirurgião-dentista deve ter uma compreensão do homem como ser biopsicossocial e deve compreender que ali se encontra um ser humano, que possui um conjunto de sensações e emoções.

Vicente (2004) relata que o profissional que tem conhecimentos de psicossomática, de psicanálise e de psicologia traz à luz uma re-humanização da odontologia, preparando assim um indivíduo mais consciente de si mesmo e dos cuidados com sua saúde bucal. Aplicando estes conhecimentos em nossa prática clínica focamos o quanto a primeira consulta é importante para um prognóstico, e observamos a necessidade de estabelecer condições de objetividade em nossas avaliações clínicas, pois o profissional precisa saber o que vê e para que vê. É preciso que juntamente com o raciocínio analítico haja a capacidade de perceber a pessoa como ser indivisível, total em suas funções cerebrais intuitivas, emocionais, sintéticas e espirituais, e citando Miller de Paiva (1994) observa que a psicossomática visa raízes inconscientes das relações interpessoais, visando a harmonização mente-corpo.

Assim, quando constatamos que nosso poder de observação está se dispersando para a tecnologia avançada, como: clonagem de dentes, lazer para todo tipo de intervenção odontológica, avanços tecnológicos na bio- compatibilidade de novos materiais, realmente uma tecnologia de ponta, sistemas de vídeo-câmera, fotos intrabucais digitalizadas, “odontologia de primeiro mundo”, exames auxiliares de diagnóstico, que na maioria das vezes não passam de elementos distanciadores entre profissional e paciente. Muitas vezes não

conhecemos sequer os hábitos alimentares de nossos pacientes, qual lado da arcada ele mastiga, é necessário re-educar para então elaborar um planejamento ortodôntico, protético... Ou uma reabilitação bucal completa. Na maior parte do tempo, nós não conseguimos responder a tantos questionamentos porque nos esquecemos de nós mesmos, de nossos gostos alimentares, de que nosso sistema digestivo começa na cavidade bucal, onde este grande sistema recebe alimentos para serem apreendidos, cortados, dilacerados e triturados por 32, 28... Quantos dentes? Como anda esta nossa fantástica engrenagem que inicia o processo de formação do bolo alimentar? De que lado ela trabalha mais? De que lado sente mais os sabores, diferenças de temperaturas, sensibilidades, cansaços mastigatórios? Quem é o nosso paciente? O que espera de nós? Considerando que não somos máquinas, que a doença não é uma avaria, e muito menos que, o profissional de saúde não é um técnico para consertá-la, nos questionamos: onde está a humanização dos profissionais da saúde? Onde se apóia a nossa relação com nosso paciente? Tecnologia ou sensibilidade? (Vicente , 2004).

Dworkin et al. (1994), enfatizaram que disfunção temporomandibular (DTM) não é diferente de outras condições de dor crônica, para o qual é necessário a mesma avaliação biopsicossocial e abordagem biocomportamental e compreensiva de tratamento. Em geral, a descrição do paciente de como a dor afeta seu dia-dia é desconsiderada, pois ela não possui embasamento biológico e, assim, perdem-se os dados subjetivos para a compreensão clínica desta dor.

Uma vez que o sistema modelo procura integrar a atividade fisiológica ou fisiopatológica com estados psicológicos associados e comportamentos sociais e culturais, o modelo é rotulado "biopsicossocial", e os estágios da experiência dolorosa oferecidos por este sistema refletem todos os mecanismos normais ou adaptativos pelos quais um indivíduo experimenta a dor e então tenta entender e se adaptar, de modo apropriado, a esta dor.

Pode-se questionar quais são as angústias diante da dor orofacial ou diante de uma experiência odontológica. No consultório odontológico, ou em qualquer outra situação, a boca e os dentes, possuem para o ser humano um significado inconsciente, que vai muito além de

sua utilização cotidiana, como dentes para mastigar e boca para alimentar-se. Nesse sentido vemos em Aberastury (1996) concepções psicodinâmicas que visam trazer compreensão para essas angústias que acometem e traze sofrimento a muitas pessoas .

Quando o foco do tratamento reside especialmente na relação profissional-paciente, independente da linha teórica lembramos Ballint (1988) que nos ensina que "O melhor remédio que damos ao nosso paciente, a melhor droga que injetamos, somos nós mesmos", então devemos nos conscientizar de que é grande nossa responsabilidade nas mudanças de hábitos de nossos pacientes na busca de melhor saúde como um todo.

As estruturas do sistema estomatognático são responsáveis por muitos processos fisiológicos que mantêm a vida, incluindo mastigação, respiração, deglutição e comunicação verbal e não-verbal. Inevitavelmente, esses processos fisiológicos também estão associados a outras funções psicológicas e psicossociais de alta significância para o indivíduo. Vários estudos têm revelado um alto índice de desordens psiquiátricas entre os pacientes com DTM crônica, sendo a depressão a mais freqüente (Gatchel et al., 1996; Korszun , Hinderstein e Wong, 1996).

A Psicossomática

Ao se atender um paciente, deve-se compreender o possível significado do sintoma exposto. A doença não acontece por acaso, nem é um fato isolado na vida do indivíduo. Ela ocorre no momento em que o organismo está vulnerável em função da história pessoal, da bagagem genética, da situação social, entre outros fatores. O organismo sofre agressões dos meios interno e externo que perturbam a sua homeostase, gerando então, a doença. Didaticamente podemos dizer que duas correntes se destacam. A primeira delas se baseia no efeito que as emoções provocam no organismo através do sistema nervoso e seus neurotransmissores (psicofisiologia). A segunda corrente, fundamenta-se na teoria

psicanalítica, que tenta esclarecer alguns mecanismos psicológicos envolvidos na gênese das doenças. A frequência nos serviços de saúde de pacientes com sintomas denominados psicossomáticos é grande. Mesmo os sintomas não denominados psicossomáticos tem um conteúdo psicológico latente, que quase nunca é exteriorizado e cuja compreensão é desejável para a melhora da doença.

Na abordagem psicossomática, buscamos dar ênfase não só aos sintomas que levaram o paciente ao serviço de saúde, mas procura-se compreender também o seu conteúdo latente e quando se identifica um componente psicológico importante que agrava a doença, o profissional de saúde encaminha o paciente a um psiquiatra ou psicólogo.

É importante ressaltar o quanto é necessário o conhecimento biológico - científico para não rotular toda doença como psicossomática. A anamnese da consulta clínica com abordagem psicossomática, objetiva conhecer o máximo a respeito do paciente, da sua doença e também do ambiente em que vive. Tal abordagem, portanto, enfatiza o doente e não a doença e tenta compreender seu significado. Relacionar um sintoma físico a um problema emocional requer cuidado, paciência e raramente se consegue numa primeira consulta.

Tardivo (2007) coloca que sempre é possível fazer um trabalho clínico, diminuindo a angústia, o sofrimento, deste ser que está diante de nós, desde que estejamos inseridos no contexto sócio-antropológico, buscando desenvolver outras abordagens, é possível ser um profissional da saúde diferenciado. Nesse caso, o enfoque deve ser o que melhor atenda ao paciente, e que o profissional domine.

Os distúrbios psicológicos associados com a dor orofacial crônica têm atraído considerável atenção. Sabe-se que o estado psicológico de um indivíduo pode produzir dor, aumentar a severidade com que a dor é sentida, ou mesmo diminuir a sua severidade (Aghabeigi , Feinmann e Harris, 1992). Há também um substancial corpo de pesquisa indicando que a dor orofacial crônica está relacionada com o stress (Lefer, 1966; Fine, 1971; Speculand , Hughes e Goss, 1984), assim como associação com transtorno de estresse pós-

traumático (TEPT) desenvolvendo sintomas característicos após um evento extremamente estressante.

Abordagem Psicológica da Dor

Os estados emocionais, as expectativas e o comportamento influenciam muito a maneira como a dor é sentida, sendo que a compreensão dos aspectos psicológicos da experiência da dor aumenta a possibilidade de controle da mesma, através da modificação do estado emocional, do aspecto cognitivo (pensamento) e do comportamento do paciente (Dworkin , 2002 e Dworkin et al, 2002).

Uma abordagem terapêutica que focaliza unicamente o comportamento relacionado com a dor tem pouca probabilidade de ser eficaz. É ecessário explorar como a pessoa se posiciona frente aos problemas e oportunidades da vida, quais são suas estratégias prioritárias, como foram moldadas pelas vivências anteriores e como estas afetam sua vida atual. Os padrões comportamentais relevantes frequentemente contêm temas interpessoais que precisam ser abordados na terapia.

A terapia cognitiva comportamental baseada no conceito biopsicossocial compreende as relações humanas como uma abordagem fundamental para focar os trabalhos com relação aos fatores cognitivos da psicopatologia. A necessidade de atribuir significados a algo tem como objetivo fornecer estratégias capazes de corrigir conceitos idiossincrásicos que são de natureza psicopatológica e promovem uma disfunção no campo psi do indivíduo.

A terapia comportamental permite o conhecimento das leis gerais do comportamento tornando-o mais previsível, onde a terapia comportamental se baseia para sua prática clínica. Frente a um estímulo aversivo o indivíduo pode emitir comportamentos de fuga (evitação do estímulo na presença deste) ou de esquiva (evitação quando o estímulo aversivo ainda não está) (Brito; Bystronski; Maombach; Stenzel, Repetto, 2005). Esses autores trazem assim explicações que enfocam basicamente o comportamento

As implicações do modelo cognitivo-comportamental para o tratamento são claras, de acordo com o levantamento bibliográfico realizado. O paciente precisa modificar o significado da experiência e ganhar senso de controle sobre os efeitos da dor. O foco da atenção do paciente pode ser modificado para incluir outros eventos e atividades. Sucessos e eventos positivos em geral devem ser atribuídos a um locus de controle interno. Pesquisas de terapeutas comportamentais de orientação pavloviana mostraram o quanto o trabalho focado no medo de dor pode aumentar a eficácia do tratamento da dor crônica (Vlaeyen et al., 2002).

Considerações Finais

Segundo a Associação Americana de Dor Orofacial (2008), a DTM é um termo designado a um subgrupo de dores orofaciais, cujos sinais e sintomas incluem dor ou desconforto na articulação temporomandibular (ATM), ouvidos, músculos mastigatórios de um ou ambos os lados, nos olhos, na face, nas costas e região cervical (Siqueira , Teixeira MJ, 2002; American Academy of Orofacial Pain, 2008).

A DTM é definida como um conjunto de distúrbios articulares e musculares na região orofacial e músculos da mastigação (Carlsson , Magnusson , Guimaraes , 2006). Os fatores psicológicos envolvidos nas desordens temporomandibulares podem ser divididos em: fatores comportamentais (por exemplo: bruxismo), emocionais (por exemplo: ansiedade, depressão e estresse), e fatores cognitivos (expectativas e significados).

Muitas teorias foram apresentadas no passado em relação à etiologia das desordens temporomandibulares. Havia, e ainda há, pouca concordância sobre a relativa importância dos fatores etiológicos envolvidos. Com base no principal fator supostamente envolvido, foram feitas tentativas para classificar os diferentes conceitos etiológicos em cinco grandes grupos: a teoria do deslocamento mecânico, a teoria neuromuscular, a muscular, a psicofisiológica e a psicológica (De Boever , Carlsson , 2000).

Teoria psicológica: na década de 1960 e 1970 uma outra teoria se tornou predominante. Esta teoria propôs que, exceto por óbvias condições de artrites degenerativas

e problemas induzidos por traumas externos, desordens temporomandibulares (DTM) não tinham como causa principal as interferências oclusais. Nesta teoria o estresse é a causa primária. A vida estressante leva a hábitos orais disfuncionais (apertamento, bruxismo e tensão muscular) que criam tensão muscular crônica e dor facial. A constelação de sintomas envolvendo dor, limitação da abertura mandibular e ruídos articulares foi chamada de síndrome da disfunção dolorosa miofascial (Laskin, 1969). A teoria psicológica propôs que os distúrbios emocionais, ao iniciarem uma hiperatividade muscular centralmente induzida levariam à parafunção e causariam, de forma indireta, as anormalidades oclusais (De Boever , Carlsson 2000).

De acordo com a Psicofsiológica , o fator principal é o espasmo dos músculos da mastigação, causado pela sobre extensão e pela sobrecontração excessivas ou fadiga muscular, devido à parafunções (De Boever, Carlsson, 2000). Os fatores de perpetuação ou continuidade geralmente incluiam as tensões mecânicas e musculares e os problemas metabólicos, mas, principalmente, as dificuldades comportamentais, sociais e emocionais (Dahlstrom, Widmark e Carlsson , 1997).

A compreensão dos processos psicossomáticos manifestados na área da boca requer conhecimentos dos mesmos princípios e leis gerais da medicina psicossomática estudada em qualquer outra parte do organismo. A necessidade de um conhecimento básico de psicologia, psicanálise e a aplicação de técnicas adequadas para o controle da dor nos pacientes são importantes e necessários para o sucesso na relação dentista – pacientes durante o tratamento odontológico e independente da faixa etária. Nesse sentido, todas as linhas teóricas podem trazer relevantes contribuições nesse estudo e nas intervenções necessárias. Quem é o meu paciente? O que ele espera de mim? São indagações que o profissional deve se fazer. (Vicente, 2011).

Assim, concluímos esse trabalho realizado a partir da pesquisa em bases documentais pela necessidade de que mais estudos sejam feitos, independente da linha teórica do pesquisador. E que sejam realizados tratamentos efetivos junto a pacientes com dor orofacial,

sendo que a psicoterapia cognitivo-comportamental vem se mostrando muito eficiente na melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Referências:

Aberastury, A. Abordagens à Psicanálise de crianças. Trad. Francisco Franke Settineri. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996, 220p.

Aghabeigi, B., Feinmann, C. & Harris, M. (1992). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with chronic idiopathic facial pain. British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 30, p.360-364.

American Academy of Orofacial Pain. Disponível em: <http:// www.aaop.org/> Acesso em: 10 de Setembro; 2008.

Balint, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro/São Paulo: livraria Atheneu, 1988.

Brito, CLS; Bystronski, DP; Maombach, KD; Stenzel, LM. Repetto, G. obesidade: terapia cognitivo-comportamental. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia: 2005 IN: Neurociencias volume 6, n. 2 abri/junho 2010.

Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica.São Paulo: Quintessence Editora; 2006.

Dahlström L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and tratament implications. Eur J Oral Sci 1997; v.105, p. 377-383.

DeBoever JA, Carlsson GE. Etiologia e diagnóstico diferencial. In: Zarb GA,Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Desordens da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Santos, 2000. p. 171-187.

Dworkin SF, Turner JA, Wilson L, Massoth D, Whitney C, Huggins KH, Burgess J, Sommers E, Truelove E. Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. Pain 1994 Nov; v.59,n. 2, p.175-87.

Dworkin SF, Questões psicossociais. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. Dor orofacial - da ciência básica à conduta clínica.São Paulo: Quintessence; 2002. p. 115-127.

Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbavh R, LeResche L, Truelove E. Realibility, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. J Orofac Pain 2002; v. 16, p. 207-220.

Fine, E. W. (1971) Psychological factors associated with nonorganic temporomandibular joint dysfunction syndrome. British Dental Journal, v. 131, p. 402-404.

Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: An initial examination. J Am Dent Assoc 1996; v. 127, p.1365-1374.

Korszun A, Hinderstein B, Wong M. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996; v. 82, p. 496-500.

Laskin DM, Etiology of the pain-disfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1969; v. 79, p.147-153.

Lefer, L. (1966). A psychoanalitic view of a dental phenomenon. Contemporary Psychoanalysis, v. 2, 135.

Merskey H, Bogduk NB. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Okeson JP. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: Dor orofacial guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998. p.113-184.

Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem 2006; v.15, n.2, p. 270-6.

Raphael KG. Psychological aspects of orofacial pain: temporomandibular disorders. In: Giamberardino MA. Pain - an update review: refresher course syllabus. Seattle: IASP Press; 2002. p. 459-466.

Silva MCS. Dor no idoso. In: Terra NL, Dornelles B, organizadores. Envelhecimento bem-sucedido. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p.161-5.

Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor Orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. 2. ed. Curitiba: Maio; 2002. 673 p.

Speculand, B., Hughes, A. O. & Goss, A. N. (1984) Role of recent stressful life events experience in the onset of TMJ dysfunction pain. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 12, p. 197-202.

Tardivo, L.S.L.C. O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje. São Paulo: Vetor, 2007, 171p.

Truelove E. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2002; v.16, p. 259-276.

Vicente, S.P. A Odontologia psicossomática, a psicanálise e a psicologia interagindo na relação profissional-paciente. (Monografia Curso de Psicossomática na ABMP-SP, 2004). http://www.psicossomatica-sp.org.br/artigos24.html (consulta em 23/10/11).

Vicente, S.P. Consultas Terapêuticas em Odontopediatria. 2.º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico, SP, setembro, 2011.

Vlaeyen, J.; De Jong, J.; Onghena, P.; Kerckhoffs-Hanssen, M.; Kole-Snijders, A. Can pain-related fear be reduced? The application of exposure in vivo. Pain Research and Management, n. 7, p. 144-153, 2002.

EM BUSCA DO IMAGINÁRIO SOBRE A MATERNIDADE EM PRODUÇÕES DA CULTURA BRASILEIRA

Vivian Pekny
Tania Mara Marques Granato

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

O narrar tem sido objeto de construções teóricas oriundas de diferentes campos do conhecimento, sendo teorizado de acordo com perspectivas diversas, seja como processo de atribuição de sentido à experiência humana, como método psicanalítico que prioriza o drama pessoal concreto, prática que coloca em marcha o processo de humanização, processo identitário, ou ainda como método de registro psicanalítico. Partindo do pressuposto de que o ideal materno é sempre construção social que inspira práticas profissionais, políticas públicas na área da saúde e do bem estar materno-infantil, bem como posturas pessoais frente ao cuidado materno, propusemo-nos a investigar narrativas brasileiras que versem sobre a maternidade, tais como filmes, novelas, músicas e contos, em busca de expressões do imaginário social acerca do cuidado materno-infantil. Nossos resultados preliminares sugerem a construção de uma figura materna onipotente que se polariza em duas vertentes: a mãe perfeita, bondosa e onipresente, a qual se opõe à mãe que é má, porque é negligente e/ou ausente.

Palavras-chave: maternidade, imaginário social, cultura brasileira, narrativa

CONSULTAS TERAPÊUTICAS EM ODONTOPEDIATRIA[102]

AUTOR: Sonia Pineda Vicente

ORIENTADORA: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

PÓS-GRADUAÇÃO: ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPATOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

.

Resumo

Este trabalho apresenta uma reflexão clínico-teórica sobre as consultas terapêuticas em odontopediatria, em especial com crianças de difícil acesso, crianças com necessidades especiais e crianças que apresentam muito medo e/ou aversão ao tratamento dentário, a partir da apresentação de fragmentos de sete casos clínicos, com aplicação da técnica de consultas terapêuticas do Dr. Winnicott. Existem múltiplas facetas de comportamentos para cada criança e a experiência de muitos anos trabalhando com crianças ensina a encontrar o que há por trás de seus medos, pavores e angústias impensáveis.

O eixo principal deste trabalho funda-se em trazer à luz algumas considerações a cerca das consultas terapêuticas da obra de Winnicott rompendo paradigmas com uma nova forma de acolher, fazer o manejo e tratamento do paciente odontopediátrico de forma eficaz e nunca traumática, com o intuito de possibilitar a criança que virá a ser um adulto, uma relação tranqüila, a fim, de se evitar as condições fóbicas ou traumatizantes, tanto na clínica privada como nos serviços públicos.

[102] Este artigo é um resumo da monografia apresentada em 2009 na FSPUSP, no curso de especialização em Psicopatologia e Saúde Pública

Palavras –Chave: consultas terapêuticas, odontopediatria, psicanálise

O Objeto Científico e a Origem do Estudo

Estudando Winnicott aprende-se a compreender os processos vinculares, as relações transferenciais, as resistências, a capacidade de esperar, de acolher, de ouvir as queixas, as angústias, a dor "existencial no dente", a dor de dente, e poder transformar em algo novo, algo bom, com a capacidade de renovar e recriar a esperança neste ser humano. Uma esperança que implica em algum tipo de saber, como diz Winnicott, um saber de concepção de pressentimento do necessitado, não da ordem do intelecto ou mesmo da experiência, pois este ser humano pode estar buscando o que nunca experimentou.

Campo de Origem – Objetivo do estudo

A psicanálise de WINNICOTT (de consultas terapêuticas-1984) aplicada à odontopediatria tem o intuito de possibilitar a criança que virá a ser um adulto, uma relação tranqüila, de mútua satisfação, até com algo prazeroso na relação profissional-paciente, que torna o retorno tranqüilo para outros tipos de tratamentos que ela possa se submeter durante sua vida, evitando-se assim as condições fóbicas que presenciamos em tantos adultos que nos chegam ao consultório, ainda nos dias de hoje, por não terem recebido um tratamento apropriado quando criança.

Fundamentos Teóricos e Abordagem Metodológica

Este trabalho está dividido em capítulos que descrevem a metodologia dos procedimentos odontopediátricos, com considerações e comentários pertinentes às técnicas empregadas, um

breve relato da compreensão psicanalítica do desenvolvimento psicossexual do ser humano, assim como contribuições referentes à aplicação da técnica de consultas terapêuticas de Winnicott aplicadas à odontopediatria.

A boca é o órgão de maior expressão de sentimentos desde os primórdios da existência do ser humano, a fonte de inter-relação do ser com o mundo, e que nos acompanha até o fim da vida.

Assim como valorizamos a microbiologia, a fisiologia, a histologia do sistema estomatognático, o mesmo interesse deveria ser dado ao modo como este sistema pode ser influenciado pelo sistema psíquico.

Quais são as angústias diante da experiência Odontológica?

ABERASTURY, (1996, p.105), escreve sobre esta experiência:

> A angústia despertada pelo tratamento odontológico é de tipo irracional, pois nada do que acontece durante um tratamento dessa índole explica a intensidade da angústia que desperta, nem as reações que se observam, não apenas nas crianças, como também nos pais, em sua função de acompanhantes. [...] No consultório odontológico, a boca e os dentes, possuem para o ser humano um significado inconsciente, que vai muito além de sua utilização quotidiana, como dentes para mastigar e boca para alimentar-se...”

MICHAEL BALLINT (1988) nos ensina que “O melhor remédio que damos ao nosso paciente, a melhor droga que injetamos, somos nós mesmos”, então devemos nos conscientizar de que

é grande nossa responsabilidade nas mudanças de hábitos de uma criança e muitas vezes de uma família inteira!

Questionando a causa de uma patologia devemos observar o comportamento e a responsabilidade do paciente e ou responsável sobre a patologia. Qual objetivo maior do profissional de saúde que não seja conscientizar o seu paciente tornando-o co-doutor de sua própria saúde, para que assim ele desfrute de uma melhor qualidade de vida?

Em relação à obra de WINNICOTT(1984) sobre o Jogo do Rabisco, autores como SAFRA(2006) e TARDIVO (2007) mostram como esse pode ser o paradigma de uma clínica, além de ser básica para o desenvolvimento de pesquisa. No jogo do rabisco o encontro acontece quando se superpõe duas áreas de brincar, a do paciente e a do profissional que está trabalhando com a criança. Como o ser humano se encontra em processo de contínuo amadurecimento – desde o nascimento até a morte -, as consultas terapêuticas com o jogo dos rabiscos surgem como uma possibilidade de intercomunicação e ajuda nas mais diferentes etapas da vida, portanto aplicável à qualquer idade.

"Faço um rabisco e você o modifica; depois, é sua vez de começar, e sou eu que vou modificá-lo." Winnicott (1984)

.TARDIVO (2007) diz que sempre é possível fazer um trabalho clínico, diminuindo a angústia, o sofrimento, deste ser que está diante de nós, desde que estejamos inseridos no contexto sócio-antropológico, buscando desenvolver outras abordagens, é possível ser um profissional da saúde diferenciado. Há muito, com certeza a ser feito, e todas as áreas da saúde podem enriquecer-se com o estudo e aplicação de conhecimentos da psicanálise na prática clínica diária, transformando e compreendendo melhor as relações humanas.

Participantes do método:

No relato de casos clínicos[103] foram abordados fragmentos de sete casos, sendo três casos que acompanho há vários anos: Paula (início aos 12a - atualmente com 28a), Pedro (início aos 5a e 8m – atualmente com 16ª e 11m) e Sérgio (início aos 9ª e 6m – atualmente com 15a), portadores de uma psicopatologia e mais quatro casos: Julinho (6a), Leilinha (4a), Paulinho (4a) e Luisinho (1a e 6m) que ilustram meu trabalho, meu aprendizado e minha história profissional.

Considerações Finais

As contribuições com a aplicação de consultas terapêuticas em odontologia, especialmente na odontopediatria é que o trabalho humano que se realiza é a vivência do encontro e no encontro a experiência completa: nascer, viver e morrer para aquele momento específico. Ser necessário e deixar de sê-lo, transformando, re-construindo ou re-integrando.

Nos encontros terapêuticos antes das consultas odontológicas propriamente ditas, algo mágico acontece, como em Dostoievski, “uma experiência de encanto pode salvar uma criança”, e esta experiência devemos compartilhar com a criança e ficar encantados também.

Nessa experiência de compartilhar não precisamos interpretar, basta ser continente para a angústia que emerge e poder acolher. O importante é perceber que a criança produz algo que transforma, e as consultas terapêuticas favorecem um tempo, um espaço e uma relação humana especial, com confiança, estabelecendo vínculos que possibilitam uma comunicação autêntica entre as pessoas do encontro através do brincar.

“... com relação a qualquer técnica que o terapeuta esteja preparado para usar, a base é o brincar...” Winnicott (1984).

[103] Nomes fictícios

Conclusões

- A relação profissional-paciente é uma relação de expectativas e esperanças mútuas, e as consultas terapêuticas quando aplicadas trazem resultados surpreendentes;
- Facilitar o processo de compreensão e estabelecer um vínculo relacional trará benefícios para ambos: profissional e paciente, diminuindo as necessidades de técnicas invasoras e traumatizantes;
- A atividade lúdica desenvolvida nas consultas terapêuticas permite a formação do vínculo de confiança necessário para o tratamento odontológico;
- Esta mesma atividade lúdica permite que a angústia emergente se manifeste não necessariamente pela fala, mas pelo desenho/rabisco, pela pintura, pela argila ou pela música;
- Todas as áreas de saúde podem enriquecer-se com o estudo e aplicação da psicanálise na prática clínica diária, transformando e compreendendo melhor as relações humanas, tanto na clinica particular como nos serviços de atendimento público.

Referências Bibliográficas [do trabalho completo]:

ABERASTURY, A. **Abordagens à Psicanálise de crianças.** Trad. Francisco Franke Settineri. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996, 220p.

ABRAHAM, K. (1916). **O primeiro estágio pré-genital da libido**. In: _____. **Teoria psicanalítica da libido.** Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott*:*** dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AB'SÁBER, T.A.M. **O Sonhar restaurado**. São Paulo: ed. 34, 2005, 318p.

ADDELSTON, H.K. **Child patient training. Fotr Rey Chicago Dent Soc** 38:7-9,27-29,1959.

ALMEIDA, A.M & BARBOSA, N.B. **O Odontopediatra e a Psicologia comportamental** – Rev Paulista de Odontologia, v. 3, mai./jun. 1983

AMURATTI, A. O que é Antroposofia? **Jornal da APCD**, fev. 2001, p.22.

ARAGONE, P.N. & VICENTE,S.P. **Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicados à relação criança-família-dentista.** J.Bras Odontoped Odonto Bebê,v.2, n.5, p.23-27, 1999..

BADRA, A. **Hipnose em Odontologia e Odontologia Psicossomática**:
Nova dimensão na Odontologia atual. São Paulo, Andrei Ed.Ltda., 1987.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro/São Paulo: livraria Atheneu, 1988.

BARTON, D.H.HATCHER, E; POTTER,R. &. HENDERSON,H.Z. **Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint.** Pediatric, Dent. V. 15, 1993.

BAUSELLS,J. et al. **Odontopediatria – Procedimentos Clínicos**. 1ª ed. Premier,1996.

BERLINK, Manoel Tosta. **Psicopatologia Fundamental**, São Paulo,2000,p.57.

BION, W.R. **As transformações**: a mudança do aprender para o crescer.
Trad.Paulo Dias Corrêa, Rio de Janeiro, Imago, 1991,194p.

BORAKS, S. Quando o Psico tem de Somático. **Jornal da APCD**, out.00, p.18.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil**. MEC/SEF,1998.V.3, P.45-79.

BUSTILLO, G.A.F.N. et al. **Influencia da música no tratamento odontopediátrico**. Rev Assoc Paul Cir Dent ,v.46, n.2, p.731-734,mar/abr. 1992.

CALDERONI, D. **O Caso Hermes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 332p.

CAPISANO, H.F. **Ensino, aprendizagem teórica e prática do processo psicoterápico**. Séculos XX e XXI. O que Permanece e o que se Transforma: VIII – Os Mutantes do Terceiro Milênio. São Paulo: ed. Lemos, 1994, p. 33-7.

CARDOSO, N.M. **Avaliação do grau de aceitação dos pais ou responsável às Técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física na Clínica Odontopediátrica da UFPA**. Tese Mestrado Belém 2006, 66p.

CASTILHOS,J.R.L. **O Desenvolvimento Psicológico da Criança e o Relacionamento com o Odontopediatra**. RGO,v.27,n.4,p.216-21,1979.

CEZIMBRA, E.Aspectos inconscientes da boca e suas repercussões na saúde. **Jornal da APCD**, jul. 2001, p.22.

CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos,1998.p.389-402.Educação e Motivação na Promoção de Saúde Bucal

CORRÊA, M.S.N.P. e MAIA, M.E.S. O Ultimo Recurso Clínico e Psicológico **HOME** a Partir dos 3 anos de Idade. IN: **Odontopediatria na Primeira Infânica.** Cap.XVI, p.189-94. Ed. Santos, 1998, 679p.

DUARTE, D.A. e CORRÊA, M.S.N.P. Diagnóstico do Choro e sua Influência no tratamento Odontopediátrico.IN: **Atendimento Odontopediátrico – Aspectos Psicológicos.** Cap. 16, p.169-73. Ed. Santos, 2002, 660p.

CRAIG, W. **Hand Over Mouth Tecnique**. J. Dent. Child., v.28, Nov./Dec,1971.

DÉCOURT,L.V. **A música em medicina: uma dupla participação**. Rer Paul Méd, v.106,n.2, p.59-61,1988.

DENARI, N. **Boca espelho da Alma.** Santos: MP, 2005, 195p.

FERNANDES, W.J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. S. **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto Alegre, Artmed, 2003, 303p.

FINN, S.B. Parent counseling and child behavior. In: FINN,S. B. **Clinical Pedodontics**. 2.ed. London; Saunders,1963. p.16-36.

FREUD, A. **O Ego e os Mecanismos de Defesa**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978, 149p.

_____ **O Futuro de Uma Ilusão** (1927) **e Sexualidade Feminina** (1931). Rio de Janeiro, Imago 1974, 97p.

_____ **O Pensamento Vivo de Freud**. São Paulo, Martin Claret, 1985, 110p.

_____ **Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade**(1905). Obras Completas de S. Freud. Vol. VII, Rio de janeiro, Imago, 972, p.246.

GREENSON, R. R. **A Técnica e a Prática da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1981, p. 25, 81-5, 406-7, 425-6, 441-3, 451-3.

GRODDECK, G. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____ **O livro do isso**. São Paulo, Perspectiva, 1988.

GRÜNSPUN, H. Medo e Ansiedade In: GRUNSPUN, H. **Distúrbios Neuróticos da Criança**. São Paulo: Procienx, p.453-65, 1965 .

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**, São Paulo: Santos, 4 ed. 1993, p.155-276

_____ & CORRÊA,M. S.N. P. **Técnicas psicológicas utilizadas em Odontopediatria**. In: GUEDES-PINTO, A. C. Odontopediatria, Santos, 6 ed. 1997.

GUEDES-PINTO, A.C. **Conduta Clínica e Psicologia**. In:GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. São Paulo:Santos,5 ed.1995.

_____. **Odontopediatria**, Santos, 4 ed. 1997.

HINSHELWOOD, R. D. Dicionário do Pensamento Kleiniano. São Paulo: Editora Artes Médicas. pg 61-81, 127-135

ISSÁO, MYAKI & PINTO, Antonio Carlos Guedes. **Manual de Odontopediatria**. Pancast Editora, 9ª ed., 1994.

ISSING, L.J. & HANNEMANN, J (Eds.)(1983).**Lernen mit Bildern**. München: Institut für Film und Bild in Wissenschft und Unterricht.

JORGE, C. A avaliação nas áreas da educação e da saúde: um encontro possível. Dissertação de Mestrado em Educação. PUCPR, 1997.

KLATCHOIAN, D.A. **Psicologia Odontopediátrica**. São Paulo: Sarvier, 1993.

_____. **O comportamento da criança como elemento chave em odontopediatria**. JBP, v. 1, n.4, out./dez., 1998.

KLEIN, M. **A Vida Emocional dos Civilizados**. Rio de Janeiro, 2ª Zahar, 1965, 122p.

_____**Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963).** Tradução da 4ª ed. Inglesa: Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves e colaboradores, Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____ **Fontes do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1964, 115p.

_____ **A Psicanálise de Crianças** .Rio de Janeiro: Imago,1997. p. 145-68, 196-258.

_____ **Amor, Culpa e Reparação**. Rio de Janeiro: Imago,1996. p. 197-228.

LAPLANCHE, J.; Pontalis **Vocabulário de psicanálise.** Direção de Daniel Lagache; Tradução: Pedro Tamen, São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEVITAS, T.C.HOME. **Hand Over Mouth Exercise**. J.Dent. Child.,p.178-82, May / Jun.1974.

MÁRCIO, A, **Psicologia Aplicada à Criança na Clínica Odontológica**

www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa19.htm - parte 1

www.odontologiainfantil.8m.com/publicacoesa20.htm - parte 2

MAZZOLINI, B. P. M. **O manejo clínico do problema de aprendizagem na perspectiva dos fenômenos transicionais**. (Dissertação de mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do desenvolvimento Humano e da Personalidade .

_____ **Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel** maginario v.13 n.14 São Paulo jun. 2007.

McDONALD, R.E **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan. 2001, 620p.

MILLER DE PAIVA, L. e SILVA, A.M.A.P. **Medicina Psicossomática.** São Paulo: Artes Médicas, 1994, a) p. XV-XVII, b) p. 3-8 e c) p.285-9.

MILLER DE PAIVA, L. Medicina Psicossomática, Psicanálise e Odontologia; nova patogenia da carie dentária. **Rev. Ass. Paul. Cir. Dent.** 12(2):91-100, mar./abril, 1958.

MORAES, A. B. A.; PESSOTI, I. **Psicologia Aplicada a Odontologia**. São Paulo: Sarvier, 1985. 105p.

MORAES, A.B.A. **A criança e o medo do tratamento odontológico**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1993.

MORAES, M.C. **O Paradigma Educacional Emergente**. São Paulo: Papirus,1997

NATRIELLI, D.G.; SOARES, N.C.; VIDIGAL, S. Psicanálise: **A Boca como Elemento de Expressão da Identidade.**Séculos XX e XXI. O que Permanece e o que se Transforma: II - Atualização em Medicina Psicossomática. São Paulo: Lemos,1993, p.69-74.

OLIVEIRA, A.V.M. O uso das novas tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) no Ensino Continuado da Disciplina de Odontopediatria. 103f. Florianópolis, 2002, Dissertação Mestrado em Eng. de Produção,UFSC, 2002.

OLIVEIRA, F.C.H.M. Psicanálise aplicada à Odontologia e Odontopediatria. Pulsional Revista de Psicanálise. São Paulo: Escuta,n. 143, mar 2001, p. 42-8.

_____ Um método para a apreensão dos conteúdos emocionais. Pulsional Revista de Psicanálise, ano XIV, no 150, 32-35

OLIVEIRA Santos, M.E, et al. **O processo educativo na promoção de saúde bucal – Uma prioridade – Como fazê-lo funcionar?** Revista Fluminense Odontol ,p.16 –20,1995.

PENIDO,R.S. **Psicoterapia comportamental na prática odontológica**. In.LETTNER,H.W.,RANGE.B.P. Manual de Psicoterapia comportamental. São Paulo: Mande Ltda,1987.p.297-300

PEREIRA, P.A; FERREIRA, E.M.S. e VICENTE, S.P. **Marketing em Odontologia.** Monografia do curso de especialização em Odontopediatria. UMESP, S.Bernardo do Campo, 1993, 48p.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro/São Paulo: livraria Atheneu, 1982.

PERETZ, B.; GLAICHER, H.; RAM, D. Child-management techiques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel pratice? **Braz. Dent. J.** 14(2):82-6, Ribeirão Preto-SP, 2003.

PETRY, P.C. & PRETTO, S.M. **Educação e motivação bucal**. In:KRIGUER,L. **ABOPREV: Promoção de saúde bucal**. São Paulo:Artes Médicas,p.363-70,1997.

PINKHAM, J.R. **Odontopediatria da Infância à Adolescência.**2ºed..Artes Médicas, São Paulo, 1996, 661p.

_____**Nonpharmacologic Management of Pain and Anxiety**. Pediatric Dent, v.798, 1982, p.793-801.

_____ **Pediatric dentistry: infancy through adolescende**.1.ed. Philadelphia: W.B. Saunders,1998.

PROFFIT, W. **Ortodontia Contemporânea**, Guanabara-Koogan, 2 ed. 1995, p. 39-43.

SABBATINI, R.M.E. **Pesquisa Bibliográfica na Internet**. Revista Intermedic, 1997.

SAFRA, G.- *DVD*: **A consulta terapêutica winnicottiana: teoria e técnica da intervenção sob demanda**. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

_____. Polifonia do idioma pessoal. In: ***Hermenêutica na situação clínica*: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal**. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

_____ **Revisitando Piggle** . São Paulo: Sobornost, 2005, 179p.

_____ **Curando com histórias**. São Paulo: Sobornost, 2005, 98p.

SEGAL, H. **Introdução à Obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago editora.1975.pg 48.

TARDIVO, L.S.L.C. **O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje.** São Paulo: Vetor, 2007, 171p.

TRINCA, W. e TARDIVO, L.S.L.C. **Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)**.In: CUNHA,J.A. **Psicodiagnóstico.** Porto Alegre: Artes Médicas, Sul, 2001.

VIANNA, L.S. **Medicina Psicossomática em Odontologia**. Belo Horizonte: Ed. O Lutador, 1989.

_____ **Psicologia infantil e psicossomática em odontologia pediátrica**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. 1961.

VICENTE, S.P. e CORRÊA, M.S.N.P. O Autoconhecimento e Alguns Procedimentos que Levam ao Sucesso Profissional. In: **Atendimento Odontopediátrico – Aspectos Psicológicos.** Cap. 53, p.571-77. Ed. Santos, 2002, 660p.

VONO, A. Z. ET AL. **O medo da criança perante o tratamento odontológico**. Odontopediatria, v.1, n.2., p.1-12,1994.

WEINSTEIN, P. & NATHAN, J. E. **The challenge of fearful and phobic children**. Dental Clinics of North America , Philadelphia, 32(4) : 667-92, Oct. 1988.

WEINSTEIN, P. **Situation-specific child control: a visit to the dentist.**v.34, n.1, 1996.

_____. **The effect of dentists` behaviors on fear-related behaviors in children** . J Am Dent Assoc,1982.

WEPMAN, B.Y. & SONNENBERG, E. **Effective communication with the pedodontic patient**. Journal of Pedodontics, Boston,2(4); 316-21.Jun./Aug. 1978.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo – (1957 a 1964).** Tradução: Pedro Henrique Bernardes Rondon, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

_____**O Ambiente e os processos de maturação - estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional – (1957 a 1963).** Tradução: Marcelo Brandão Cipolla, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 268p.

_____**A família e o desenvolvimento individual.** Tradução: Marcelo Brandão Cipolla, São Paulo: Martins Fontes, 1993, 247p.

_____ **O brincar e a realidade.** Tradução: Pedro Henrique Bernardes Rondon, Rio de Janeiro: Imago, 1975, 208p.

_____**Da pediatria à psicanálise**.Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____ ***Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil***. Rio de Janeiro: Imago, 1984, 427p.

_____ ***O gesto espontâneo***. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____ **O jogo do rabisco**. In: Winnicott, Claire. Et al. (Org.) **Explorações psicanalítica***s*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

_____ ***Textos selecionados*****: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____ **The Piggle** Rio de Janeiro: Imago, 1987, 174p.

WRIGHT, G. Z. **Controle psicológico do comportamento da criança**. In: MC DONALD, R., AVERY, D. R. Odontopediatria. 5.ed. Rio de Janeiro: GUANABARA Koogan,1991,p.24-33.

_____ **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: Saunders, 1975.

_____; STARKEY,P.E.; GARDNER.D.E. **Mananging children´s behavior In the dental office**. St. Louis: Mosby, 1983.

ZIMERMAN, D.E. **Vínculos e Fantasias Inconscientes**. Séculos XX e XXI – O que permanece e o que se Transforma. São Paulo: Ed. Lemos, 1993, vol. V, cap. 6, p.55-65.

PESQUISANDO PRODUÇÕES IMAGINATIVAS SOBRE A MATERNIDADE EM MITOS GREGOS E CONTOS DE FADAS

Carlos Del Negro Visintin
Tania Mara Marques Granato

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Tendo em vista o sofrimento materno que é produzido pela ausência ou insuficiência de suporte social, bem como o potencial mutativo do narrar, enquanto oferta de alívio do sofrimento, de alternativas para o viver e reposicionamento psíquico frente à maternidade, estão sendo investigadas produções imaginativas sobre o cuidado materno presentes em mitos e contos de fada. Tal estudo se reveste de importância ao considerar tais produções como os primeiros veículos culturais de fantasias, desejos e preconceitos que sustentam posturas pessoais e profissionais frente à mãe e ao cuidado materno. Nossos resultados preliminares apontam para expectativas idealizadas em relação à figura materna, em termos de cuidado e dedicação. Espera-se contribuir com este estudo para o avanço do conhecimento na área do cuidado materno, fornecendo elementos para a reflexão crítica acerca das expectativas sociais em relação à figura materna e ao cuidado das crianças.

Palavras-chave: maternidade, imaginário, mitos, contos de fada, narrativa

ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: ENCONTROS E DESENCONTROS

Livia Soledade de Moraes Rego
Alberto Olavo Advíncula Reis

A política em voga atual para a saúde no Brasil, após a concepção institucionalização do Sistema Único de Saúde, foca-se dá maior ênfase na promoção da saúde, vista como um estado de bem-estar biopsicossocial. Em verdade Nesse novo contexto, é natural que o processo de conscientização de que problemas de ordem psíquica representam uma parcela significativa dos problemas de saúde pública é seja igualmente recente, ocorrendo a partir de publicações da Organização Mundial da Saúde. Soma-se a isto, o fato da clínica de abordagem da saúde mental infanto-juvenil ser incipiente e possuir uma série de idiossincrasias que a põe em diferença com o modelo voltado ao adulto. No caso da criança e do adolescente, faz-se necessário de uma forma mais acentuada a participação da família e de outras instituições formadoras e cuidadoras do sujeito. Dada, portanto, a importância de se conhecer como ocorre a inserção do tema saúde mental de crianças e adolescentes dentro das Equipes da ESF, elaborou-se o presente trabalho, visando-se abarcar como são identificados que visa identificar quais são os problemas de saúde mental percebidos pelas que atuam na atenção básicas lidam com eles. tais problemas na atenção básica, e quais são eles. Os dados obtidos apontaram como principal queixa identificada o comportamento em casa e/ou na escola (28,1%), seguida por problemas de aprendizagem/queixas escolares (21,5%), agressividade/violência (12,5%), e lar desestruturado (11,5%). Desta maneira, as queixas mais citadas referem-se à conduta e à sociabilidade de crianças e adolescentes, em suas principais instituições de referência, o que pode ser um indicativo da superpatologização do comportamento do jovem.

Palavras-chave: saúde mental, Estratégia de Saúde da Família, crianças e adolescentes, atenção básica.

OFICINA DE CONSTRUÇÃO: UMA ALTERNATIVA PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES

Claudia Cipriano Lima
Franciele Maria de Lima
Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil, Centro de Valorização da Vida Francisca Julia-

Resumo

A adolescência é uma fase de transição que o ser humano vive e que traz muitas mudanças. Ocorrem alterações nas esferas biopsicossocial, onde além das alterações físicas causadas pela puberdade e consequente manifestação sexual, ocorrer também uma mudança na posição social do sujeito. Durante esta crise o adolescente busca a construção de sua identidade, que por sua vez é atravessada por lutos a serem elaborados, seja da infância que está se perdendo, ou do corpo infantil; da dependência vivenciada dos papéis e identidade infantis, e inclusive dos pais, que até então apresentavam-se como protetores, acalentadores da suas angústias.

A " Oficina de Construção", enquadre diferenciado desenvolvido em equipe no Ambulatório Infanto Juvenil objetiva a construção de um espaço intermediário onde o adolescente possa se expressar e conviver, sendo permeado por uma relação de confiança a ser vivenciada. A partir da experimentação com objetos e materiais os adolescentes podem construir,e assim sentem-se validados e também reconhecidos pelo grupo. A oficina é realizada em uma sessão semanal em grupo, sendo desenvolvida em co-terapia, com uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. O grupo é aberto, e é frequentado por adolescentes encaminhados para tratamento. A maioria desse adolescentes apresenta problemas de conduta com sérias dificuldades na adaptação ao meio, e com famílias, muitas vezes desestruturadas. O grupo de adolescentes varia em número, sendo em média de 8 a 12

adolescentes. São propostas atividades com materiais gráficos, onde eles devem desenhar, ou outros. Por exemplo atividades de tapeçaria. O grupo discute e trabalha suas questões .

A partir desse enquadre diferenciado, vimos observando o processo de construção da identidade de adolescentes, e vimos notando a importância da participação dos pais, que muitas vezes encontram-se fragilizados ou ausentes e até mesmo agressivos.

A forma encontrada para o trabalho com os mesmos é feita através de um Grupo de Atendimento a Pais, objetivando trabalhar as relações familiares. Os pais são convidados a virem a sessões semanais de orientação. A maioria que frequenta esse grupo é composta por mães, mas há alguns poucos pais. São discutidos problemas que encontram no contato com seus filhos.

Vimos encontrando que os pais, em especial as mães também necessitam de muita assistência, e essa forma de enquadre diferenciado se apresenta como uma alternativa de fornecer atenção a essa população que tanto necessita: adolescentes e suas famílias.

A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ATENDIMENTO A GESTANTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

Dora M. Salcedo Barrientos
Vanessa Macedo Dias
Paula Orchiucci Miura
Cleide Almeida de Alencar Soranso

A violência durante o período gravídico-puerperal constitui-se um dos problemas de saúde pública pouco discutida e estudada, motivo de muitas preocupações pelas diversas consequências que gera, afetando a qualidade de vida destas mulheres. Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender nos processos de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo. Esta é uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa sustentada pela Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (Egry,1996) e foi utilizada como categoria analítica a Categoria Gênero. O presente estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona leste de São Paulo. Como estratégia de pesquisa foi aplicado questionários com dois profissionais das 7 equipes da UBS, totalizando 14 profissionais (7 médicos e 7 enfermeiras) com o intuito de identificar o serviço de saúde e os instrumentos utilizados pelas equipes. Foi também realizada entrevistas semi-estruturadas com os mesmos profissionais para caracterizar o perfil desses profissionais e para identificar os processos de trabalho. Dentre os principais resultados destaca-se que os profissionais de saúde apresentam dificuldades nos atendimentos de adolescentes grávidas, que se acentua quando o tema violência atravessa esses atendimentos; a questão de gênero também influencia o atendimento dos profissionais; a constituição de vínculo entre os profissionais e a

gestante é um dos aspectos positivo do processo de trabalho; dificuldade dos profissionais em identificar e intervir nos casos de gestantes vítimas de violência por falta de instrumentos especifico para esta finalidade. Portanto, cabe ressaltar que o processo de trabalho dos profissionais de saúde precisa de uma reformulação quanto à coerência dos objetivos da ESF.

Palavras-Chave: Mulheres grávidas vítimas de violência doméstica, Profissionais da saúde.

Introdução

A violência durante o período gravídico-puerperal constitui-se um dos problemas de saúde pública pouco discutida e estudada, motivo de muitas preocupações pelas diversas conseqüências que gera, afetando a qualidade de vida destas mulheres.

Em um estudo realizado por Durant (2006) com 1922 mulheres entre 15 e 49 anos em 14 serviços públicos de Saúde da Grande São Paulo, encontrou que 60% das mulheres que já engravidaram foram vítimas de violência (sexual, psicológica e física) por parceiro íntimo no decorrer da vida conjugal e 20% destas afirmaram terem sido vítimas de violência física grave durante a gravidez, dentro do qual destacam socos, queimaduras, ameaça ou uso de arma.

Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender nos processos de trabalho da Estratégia de Saúde da Família as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família (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).

Caminho Metodológico

Esta é uma pesquisa quantitativa e qualitativa sustentada pela Teoria de Intervenção Práxia da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (Egry,1996) e foi utilizada como categoria analítica a Categoria Gênero.

A TIPESC, na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado.

A autora apresenta uma proposta baseada no referencial filosófico do materialismo histórico dialético (MHD), atribuindo caráter histórico aos fenômenos sociais, segundo a suscetibilidade do homem diante dos meios de produção de material.

Desta forma, a TIPESC tem o objetivo de refletir e ampliar o método de intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade, através dos conceitos de historicidade, de dinamicidade e de práxis.

As etapas, na sua proposta sistematizadora são cinco, das quais serão trabalhadas as duas primeiras:

a) Captação da Realidade Objetiva;

b) Interpretação da Realidade Objetiva;

c) Construção do Projeto de Intervenção na Realidade Objetiva;

d) Intervenção na Realidade Objetiva;

e) Reinterpretação da Realidade Objetiva.

Ainda para a operacionalização da TIPESC é preciso recorrer aos conceitos de categoria analítica e de categoria interpretativa. A primeira caracteriza-se pela abstração realizada com base no exame em realidade, o que fundamenta uma interpretação fidedigna; a categoria interpretativa significa a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, definindo eixos ou lâminas de recorte operacional do processo total de intervenção

A categoria gênero foi utilizada para dar alcance a questões peculiares dentro da saúde coletiva, sobre as relações sociais, entendo gênero como uma construção histórica e social.

A compreensão das relações sociais de produção e o acesso aos bens materiais de consumo determinam toda a vida em sociedade, não são suficientes para se explicar determinados fenômenos ocorridos na construção dos sujeitos sociais. A partir desta categoria gênero, em determinado período histórico, tem sido possível estudar as forças existentes dentro da família e da sociedade que determinam as formas masculinas e femininas de ser.

O presente estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Cisper, localizada na zona leste de São Paulo, que tem uma população estimada de aproximadamente 4.000.000 de habitantes e Vila Cisper uma população de 28.000 habitantes. O atendimento médio mensal de gestantes na UBS da Vila Cisper é de 150.

Como estratégia de pesquisa foi aplicado questionários com dois profissionais das 7 equipes da UBS, totalizando 14 profissionais, 7 médicos e 7 enfermeiras, com o intuito de identificar o serviço de saúde e os intrumentos utilizados pelas equipes. Foi também realizada entrevistas semi-estruturadas com os mesmos profissionais para caracterizar o perfil desses profissionais e para identificar os processos de trabalho.

Resultados e Discussão

Os profissionais entrevistados informaram não ter tido conteúdos acerca do enfrentamento da violência doméstica durante a sua formação e educação permanente. Diante estes achados pode-se evidenciar uma lacuna nas grades curriculares das instituições de ensino, já que não proporcionaram matérias que envolvesse questões de violência.

Quanto aos cursos de especialização, os profissionais cursaram especialização em Saúde da Família, licenciatura, Saúde Pública, medicina do trabalho e pediatria e neonatologia. Nenhum desses cursos retratou a questão da violência, apesar da proximidade Gislaine desses com o assunto em questão.

O tempo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica varia entre 2 (dois) e 35 (trinta e cinco) anos e no local da pesquisa entre seis meses e sete anos, ou seja, todos possuem aparente experiência em trabalho de campo e acredita-se que estariam preparados para a

realização de um bom atendimento. Entretanto, quando perguntados se tinham recebido algum tipo de capacitação em relação ao atendimento de mulheres grávidas vítimas de violência, oito deles responderam que não receberam nenhum tipo de treinamento e uma médica respondeu que fez um curso e uma oficina com carga de 8h e 12h, respectivamente, sobre violência contra mulheres em geral.

Quanto aos casos de violência, os entrevistados apontaram como quase inexistentes, sendo alguns de idosos abandonados e de crianças com pais drogados. Como podem ser evidenciada nas falas a seguir:

a)Gravidez na adolescência

“é uma violência uma adolescente ser mãe cedo, ela não tem maturidade, a gente vê assim, não generalizando..."(M9)

b) Processo de trabalho dos profissionais

"é que a gente corre muito, a gente não dá tempo para por exemplo quando eu acho que o caso precisa de um pouco atenção especial eu já falo para enfermeira, esse casinho aqui..." (M6)

"no serviço publico a gente não tem tempo para pensar se houve alguma doença ou não..." (M6)

c) Necessidade da saúde

"... na maioria das vezes, uso abusivo de droga, bebida dos maridos. Ele não aceita tratamento, ele está ainda naquela fase de negação, que não é dependente, que na hora que ele quiser ele para".

d) Gravidez e Aborto

Tem casos que a mulher quase perdeu (suspeita de aborto induzido)e você tem que acreditar e falar... não entendi." (M6)

f) Postura masculina diante da violência contra grávida

"não estudei, não comprovei, não tenho como comprovar isso, mas, às vezes, quando a mulher engravida o homem fica mais calmo, procura não bater". (E12)

g) Sentimento e postura da equipe de saúde diante da gestante

"é que a gente corre muito, a gente não dá tempo para por exemplo quando eu acho que o caso precisa de um pouco atenção especial eu já falo para enfermeira, esse casinho aqui..." (M6)

"E o caso (gestante com VDRL positivo) foi discutido diante da equipe e a médica falou pra gente anotar no prontuário, fazer o que?... acho que não tinha mais nada que pudesse ser feito, a gente não pode obrigar a pessoa a se tratar, tem que ela querer também". (E7)

A unidade não possui instrumento para a identificação de mulheres vítimas de violência e no caso de algum, é anotado no prontuário da paciente e notificado. A UBS faz também o encaminhamento a Supervisão, ao Conselho Tutelar específico e ao Ministério Público. A falta de instrumento necessário para os possíveis casos de violência coloca em dúvida a sua inexistência, pois se não há um instrumento específico para a captação não podemos afirmar que as gestantes que são atendidas não são vítimas de violência.

Os entrevistados relataram que a aproximação com as mulheres grávidas possibilitou enxergar as coisas de uma forma diferente. Apontaram como uma nova forma de atendimento, mais próxima e voltada para as questões epidemiológicas, deixando de ser apenas técnica. Esse é um meio que pode ser utilizado para a busca do melhor enfrentamento das necessidades de saúde.

Diante das falas dos profissionais pode-se perceber o quanto é importante o vínculo com o paciente, com a família e com as questões individuais de cada paciente no momento de prestar assistência pré-natal.

Segundo Tanaka (2008), a prática do enfermeiro consiste na integralidade de suas necessidades a partir da motivação sustentada pelo cuidado com o paciente.

Outro aspecto apontado pelos profissionais refere-se a confiança da gestante com o profissional e a participação do mesmo durante o pré-natal como facilitadores no momento do parto.

Os entrevistados também ressaltaram sobre a importância de dar atenção e ouvir o paciente, sendo esse tipo de assistência facilitadora no processo de trabalho e de compreensão das necessidades dos usuários.

Com relação às dificuldades no processo de trabalho, os profissionais declararam dificuldade em atender gestantes que sofrem violência e acabam deixando as mulheres desamparadas e sem solução para a situação que estão submetidas.

Um estudo revelou que a violência também pode estar presente na relação da instituição com a paciente, chamada de violência institucional. Esse tipo de violência está relacionado com questões de gênero e de poder da medicalização exposta nos serviços de saúde. Nesse estudo os médicos que atendiam as gestantes nomearam de “pacientes escandalosas” aquelas que gritavam e exigiam um melhor atendimento, sendo assim acabavam sofrendo mais, pois eles as deixavam de lado e as atendiam por último (Aguiar, 2010).

Já Maia-Pires (2005) defende em seu artigo intitulado “Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar” a idéia de usar uma ajuda que mesmo sendo de poder, possa ser capaz de libertar e que a relação entre a ajuda e o poder será capaz de construir a autonomia de sujeitos. No contexto da violência institucional, os profissionais questionados sobre a causa desse tipo de violência declararam a formação profissional e a impunidade contra esses atos como fatores principais para sua ocorrência.

Os profissionais também relataram que a formação acadêmica está carente para essa área e devido essa carência o atendimento às mulheres fica defeituoso.

Diante esse tipo de atendimento percebemos o quanto o poder do médico e a submissão da sociedade quanto aos assuntos de saúde prejudicam a melhoria dos serviços e evidencia a necessidade de reolhar o processo de medicalização.

Um estudo realizado com profissionais de saúde em Florianopólis revelou que a violência contra a mulher ainda não ganhou espaço nos serviços de saúde, pois está remetida ainda a conceitos de saúde concentrado na doença e no biológico e, ao mesmo tempo, sendo a violência vista como dano físico (Granja, et al, 2009).

Nas falas dos profissionais foi percebido o quanto o conceito de saúde ainda se sustenta em questões biológicas e de doença, deixando as mulheres que sofrem violência sem um atendimento integral e um atendimento que busque compreender as necessidades de saúde.

Considerações Finais

Estudo possibilitou o aprofundamento em uma questão de grande importância dentro da assistência à saúde da mulher, que é a questão da violência. Possibilitou também, conhecimento e compreensão sobre as práticas de trabalho dos profissionais e dos serviços que fazem parte da Estratégia de Saúde da família

A adolescência que é um período de grande importância na vida da mulher, traz alguns medos e insegurança aos profissionais de saúde, já que estes não estão preparados para lidarem com questões como: gravidez e violência durante a adolescência.

Os profissionais de saúde tomam uma posição de julgamento em relação às adolescentes grávidas, considerando-as “meninas imaturas” sem projeto de vida e responsáveis pela ocorrência da gravidez.

Nesse sentido, percebe-se que os profissionais acabam impondo certa responsabilidade em cima das adolescentes, chegando a avaliar sua condição de mãe e cuidadora do bebê e, ainda declarando falta de imaturidade por parte dela por não ter usado preservativo. Por outro lado, o companheiro quase nunca é citado, desse modo, essa posição dos profissionais de saúde ilustra bem a questão de gênero disseminada no poder masculino e na valorização da mulher no processo reprodutivo.

A gravidez durante a adolescência foi tratada como violência, sendo assim o profissional de saúde toma para si a condição de juiz.

A partir das entrevistas considerou-se atitude de julgamento e preconceito dos profissionais que realizam pré-natal em relação a família das adolescentes grávidas, considerando-se que as mesmas tiveram influência de suas famílias, que por sua vez, foram tidas como “desestruturadas”.

Considera-se importante o vínculo da família e da adolescente e mulher grávida com a equipe de assistência pré-natal, para que o atendimento possa ser integral e voltado para atender as necessidades que envolvem uma adolescente grávida.

Dentro das facilidades do processo de trabalho dos profissionais de saúde temos o vínculo; a amizade e a confiança entre profissional e gestante; a participação do profissional durante todo o pré-natal, até mesmo quando a gestante é encaminhada para algum atendimento especialista; o cuidado em dar atenção e ouvir, facilitando a captação das necessidades de saúde dos usuários.

Dentro das dificuldades do processo de trabalho dos profissionais de saúde temos a falta de suporte dos serviços, que acabam não conseguindo suprir a demanda, por sua vez, temos a dificuldade dos profissionais de saúde em atender, identificar e intervir nos casos de gestantes vítimas de violência.

Além disso, alguns profissionais atendem e prestam assistência através de métodos de trabalho que priorizam o lado biológico da doença e se isentam de identificar integralmente as necessidades de saúde.

Sendo assim, percebe-se que a formação dos médicos e enfermeiros necessita de reavaliação dos conteúdos, para que os futuros profissionais possam sanar a demanda que temos atualmente no atendimento em saúde.

Portanto, cabe ressaltar que o processo de trabalho dos profissionai de saúde precisa de uma reformulação quanto à coerência dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família, sendo assim, instituições de ensino, serviços e os próprios profissionais precisam repensar

novas mudanças e estratégias para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Referências Bibliográficas

Azevedo, M. A. Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do conhecimento - 4ª edição. Cortez: São Paulo, 2005

Durant, J.G. Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade da São Paulo, 2006.

Egry, E.Y. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996

Ferrari, D. C. A., Vecina, T. C. C. O Fim do Silêncio na Violência Familiar - Teoria e Prática. São Paulo: Editora Ágora, 2002.

Granja, E.; Medrado, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. Psicologia & Sociedade, v. 21, n°1, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* Brasília: Autor, 2010.

Maia-Pires, M.R.G. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Universidade de Brasília, v.10, n°4, p. 1025-1034, 2005.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997

Tanaka, L.H. Processo de trabalho do enfermeiro como foco da formação do graduando em enfermagem: visão dos professores de um Curso de Graduação em Enfermagem [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

HOLDING: UMA PORTA QUE SE ABRE PARA A VIDA.

Gislaine Martins Ricardo Passarini

Maria Aparecida Mazzante Colacique

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de psicodiagnóstico e psicoterapia realizado pelo Projeto Apoiar a um garoto de nove anos que estava em situação de abrigamento e em processo de adoção e discutir os conceitos de *Holding* e *Preocupação Materna Primária*, como funções que podem ser exercidas analogamente pelo psicoterapeuta no atendimento às crianças que sofreram violência. Parte-se do pressuposto que devido às experiências traumáticas a criança desenvolve um *Falso Self*, para se adaptar ao ambiente que negligencia e violenta. Dessa forma, o imperativo é retomar o desenvolvimento emocional saudável por meio de um ambiente que facilite a integração e a expressão do *Verdadeiro Self*. Dados históricos sobre a vida da criança antes do abrigamento são descritos, como o fato de ter sido privado de liberdade e de cuidados físicos e emocionais básicos por seu então responsável, bem como aspectos clínicos vivenciados na relação terapêutica, relacionando-os com aspectos teóricos da teoria winnicottiana, de forma a ilustrar como um ambiente suficientemente bom, representado pelo manejo adequado às necessidades do paciente realizado pela psicoterapeuta, possibilitou ao paciente um passo em direção à integração e o resgate da própria história de vida no contexto psicoterápico.

Palavras Chaves: Holding, Relação terapêutica, Violência doméstica e Adoção.

Dados históricos relevantes.

Pedro, foi abrigado aos sete anos. Os profissionais do abrigo, procuraram o Serviço de atendimento psicológico do Apoiar, por ele ter sido exposto à situações de negligência e violência, demonstrando sinais de intenso sofrimento decorrentes dessas experiências. O atendimento fora viabilizado quando ele estava em processo de adoção. Esses profissionais trouxeram como queixa a "instabilidade emocional" (sic) de Pedro com comportamentos regredidos, como enurese e falas como se fosse bebê. Além disso, relataram que ele apresentava dificuldades de aprendizagem, na capacidade de se expressar e de se defender frente à agressão dos pares.

Esses profissionais relataram que Pedro fora abrigado devido à denúncia feita pelos agentes do Programa da Saúde da Família ao Conselho Tutelar. A equipe do PSF visitava uma casa próxima à casa em que ele era mantido preso e o ouviu gritar por socorro e questionaram os moradores da comunidade que informaram tratar-se de um menino que era mantido trancafiado, sem o cuidado de um adulto, sem comida e água no "barraco" (sic). Os vizinhos afirmaram ainda que Pedro era filho de um olheiro do tráfico que os ameaçavam, caso denunciassem a situação. Os vizinhos descreveram que Pedro dormia em um tapete no chão da casa e que ficou até cinco dias a fio sem comida e água, pois o homem desaparecia. Devido a esse fato, a vizinhança fez um buraco no canto inferior do barraco por onde eles passavam comida e água para que Pedro se alimentasse e sobrevivesse. Esse dado revela o quanto crianças encontram-se sujeitas à vitimização infantil, corroborando para o pressuposto de que mesmo havendo uma concepção de infância na sociedade atual, a esfera privada pode promover a violência contra a criança (VAGOSTELLO; TARDIVO, 2008).

A investigação realizada pela Vara da Infância e da Família esclareceu que aquele quem prendera Pedro não era seu pai biológico e sim o companheiro de sua mãe que havia falecido por ser soro positiva, quando Pedro estava com cinco anos. Esse homem havia registrado Pedro como seu filho, mas a falsidade fora comprovada por exame de DNA. Pedro esteve nessa situação por volta de dois anos de sua vida e cabe ressaltar que essa prisão ocorreu

em um período importante do desenvolvimento emocional da criança, quando voltar-se para o mundo e a vida em sociedade torna-se um imperativo.

Os dados da história de Pedro demonstram a subnotificação de casos de violência contra a criança, corroborando para a imprecisão estatística desse fenômeno e também expõe a íntima relação entre a violência doméstica e a violência estrutural (PINTO JUNIOR; et al, 2008) .

Os técnicos descreveram várias formas de sofrimento de Pedro decorrente dessa experiência, sendo que uma delas era o fato de demonstrar medo na hora de dormir e referir que o momento de dormir era associado às experiências pregressas, como o fato de ter dormido muitas vezes no chão, no escuro e com muitos ratos transitando no barraco.

Fase diagnóstica.

Pedro aparentava um bom desenvolvimento físico, mas possuía algumas cicatrizes no rosto. Ao primeiro contato, ele demonstrou-se um pouco defendido. Essa atitude, provavelmente, relacionava-se à historia de vida dele. Então, esclareci que eu estava lá para conhecê-lo e descobrir se eu poderia ajudá-lo em algo. Ao trabalhar com crianças com histórico de ruptura de vínculos afetivos, reafirmar a continuidade e a durabilidade da terapia é um recurso importante, contudo, como ele estava em processo de adoção, eu não poderia dar-lhe garantia sobre a duração do processo, mas disponibilizei-me para conhecê-lo e ajudá-lo, porquanto estivéssemos nos vendo. Percebi que após essa conversa Pedro conseguiu estabelecer rapidamente uma boa relação comigo, demonstrando sua necessidade de ser ajudado e sua tendência para o crescimento.

Durante a entrevista lúdica, Pedro propôs um jogo de damas, no qual me chamou a atenção o fato de ele ter demonstrado um excelente raciocínio estratégico, de forma que no meio da partida ele informou que eu havia perdido a mesma. Ao ser questionado sobre a certeza de ter ganho sem a finalização do jogo, ele respondeu-me explicando todas as possibilidades de jogadas que já tinha em mente para realizar, de forma que eu não tinha mais chances de

reverter o jogo. Eu averiguei o tabuleiro e de fato não havia mais opções para eu ganhar dele. Em supervisão aventamos a hipótese que este tipo de raciocínio fora desenvolvido devido à própria necessidade de sobrevivência dele frente às vivências que havia sofrido. Nesse aspecto havia ocorrido um super desenvolvimento, restava-nos descobrir quais aspectos estariam aquém do esperado para a sua idade.

Pedro demonstrou ainda conteúdos agressivos através da brincadeira com carros, caminhão do tipo cegonha, ambulância e bombeiro. Ele disparava o carro tão fortemente em direção à cegonha que eu conduzia que tinha que retirar a mão para não me machucar. Ele conseguiu arrebentar a parte traseira e dianteira da mesma e retirou por completo todos os carros que estavam dentro apenas através do impacto entre o carro e o caminhão.

Recorro à teoria winnicottiana para compreender o modo como Pedro se apresentou, expressando aspectos agressivos e violentos. Para Winnicott (1960; 1983), o *self* é constituído por diferentes partes que se aglutinam, sendo inicialmente físico, de forma que satisfações instintivas do id tornam-se o alimento do ego, fortalecendo-o de modo a constituir o *verdadeiro self* e o sentimento do indivíduo de ser real. Quando excitações do id não podem ser incorporadas ou quando ocorrem experiências de frustração excessivas, devido a incapacidade do ego de processá-las, poderá ocorrer um trauma. Em decorrência de experiências traumáticas dessa natureza, um *falso self* se desenvolve com o objetivo de ocultar e proteger o verdadeiro self. Com isso esse *falso self* se submete às exigências do meio, construindo relacionamentos falsos e por meio de introjeções pode adquirir uma aparência de ser real. A imitação passa ser a especialidade em detrimento da espontaneidade e criatividade, trazendo consigo um sentimento de irrealidade e futilidade.

Aventa-se a hipótese de que Pedro por meio dessa brincadeira mais agressiva, estivesse na realidade expressando aspectos de um *falso self* desenvolvido a partir da necessidade de adaptação ao ambiente e às experiências traumáticas vivenciadas junto ao padrasto, de forma

que demonstrou uma identificação com aspectos violentos e destrutivos dessa figura como se estes fossem próprios dele.

Nessa brincadeira me preocupei em ser atingida; contudo, continuei firmemente brincando com ele, conforme ele ditava as cenas. Além disso, não critiquei ou demonstrei desagrado pelo tipo de brincadeira. Eu interagi e demonstrei interesse genuíno ao que ele propunha. Com isso, notei que houve uma mudança nos conteúdos expressos, como pode ser verificado a seguir:

> *P[104]: Para que é isso aqui?*
> *T: Para você usar se você quiser, você pode desenhar...*
> *P: Aqui vêm outras pessoas?*
> *T: Aqui eu venho para te atender e essa caixa só você vai usar.*
> *P: Posso levar isso aqui. (massinha).*
> *T: Você não acha que é melhor ficar aqui, porque quando você quiser está aqui.*
> *(Ele me olha. Pega a massinha de cor branca e faz uma bolinha).*
> *T: Vamos fazer o seguinte: você leva e depois na semana que vem você trás de volta, tudo bem?*
> *(Ele meche com a massinha na mão e faz o formato de palito que se encontrava inicialmente).*
> *P: Não eu vou deixar. Vai vamos desenhar.*

Pedro parece ter se aquietado e desejado levar algo daquele lugar consigo e após ter tido a permissão para levar, ainda assim, decidiu que a massinha ficaria na caixa lúdica. Nesse momento, parece que houve um diálogo, não em palavras, mas em atos, que diziam o quanto ele estava se vinculando a minha pessoa e confiando em obter coisas boas, por meio dessa relação em que pôde, tanto expressar aspectos violentos e agressivos, quanto desejar levar

[104] Utilizo a letra P para me referir às falas do paciente e T para as minhas falas.

coisas boas consigo, ou ainda confiar que essas coisas boas ficassem ali sob meus cuidados. Em supervisão aventamos ainda que ele expressou por meio da escolha da massinha de cor branca um desejo de paz ou ainda que ele tivesse expressado como ele se sentiu com o espaço propiciado.

Pedro pode ter vivenciado já nessa fase um ambiente que favoreceu a comunicação de um aspecto real de seu Eu por proporcionar uma continência e acolhimento em relação aos conteúdos que desejou expressar. Para Winnicott (1963; 1983) o relacionamento e a comunicação significativas são silenciosas, na medida em que estas se relacionam com o os objetos subjetivos, sendo estas reveladoras de experiências internas, uma comunicação real do eu, que ocorre no momento inicial de uma análise e que se relaciona ao desenvolvimento da dependência na transferência. A continuidade da entrevista lúdica parece corroborar a hipótese aventada, como pode ser verificado a seguir:

> *Ele distribuiu as folhas.*
> *P: Vai desenha aí. (eu estava meio que o aguardando para ver o que ele iria desenhar). Vai desenha!*
> *T: O que você quer que eu desenhe?*
> *Ele inicia um desenho de uma casa com traços fracos e sempre se apoiando na caixa de lápis. Enquanto isso eu desenhava a minha casa e mesmo demorando fiz toda a estrutura, uma janela, uma porta, um sol e uma flor.*
> *R: Tia o que é isso?*
> *T: É uma grama.*
> *R: Tia o que é isso?*
> *T: Isso é uma porta.*
> *R: Tia eu não sei desenhar casa.*
> *T: Mas eu estou vendo que você está desenhando.*

R: Eu não sei fazer isso (aponta para porta). Tia desenha para mim (a porta).

Eu pensei um pouco e desenhei.

T: Assim está bom?

Ele acena positivamente com a cabeça.

Nesse momento da entrevista lúdica, pode se pensar que Pedro esclarecera a sua demanda para a psicoterapia, ao demonstrar seu lado inseguro e um desejo de descobrir a "porta da sua casa", da sua vida, uma passagem através da qual pudesse acessar o mundo e também ser acessado. Nessa interação, ao solicitar que eu desenhasse a porta, talvez estivesse dando um voto de confiança a mim para lhe mostrar como se faz uma porta, como se pode vincular ao meio circundante e se tornar mais enriquecido em sua vida emocional.

Fase terapêutica.

Pedro foi atendido por oito sessões, já que o psicoterapia fora interrompido devido à adoção. Em nenhuma sessão houve a informação sobre quando haveria a interrupção dos atendimentos. Descreverei a seguir a penúltima sessão, a qual julgo de vital relevância para ilustrar o desenvolvimento de Pedro na psicoterapia.

P: Tia o que tá escrito aqui?

T: Você não sabe ler? (ele nunca havia falado sobre essa dificuldade.)

P: Eu não.

[...]

T: E quando você faz nove?

P: Não sei.

T: Você sabe quando você nasceu, qual a data do seu nascimento?

P: Eu não.

T: E você não pode perguntar para alguém?

P: Para quem?

[...]

T: Então, você pode perguntar para ele?

P: Ele não sabe.

T: Ele tem como saber sim.

P: Agora faltam 25 minutos.

T: está precisamente correto. (Eu olho no meu relógio)

Nesse momento da sessão Pedro pode falar mais abertamente sobre o que não sabia de si, enquanto eu estimulava-o a buscar saber mais de si, autorizando-o a ter curiosidade em relação à própria vida. Além disso, ele demonstrou o que aprendeu para lidar com o ambiente, sabia precisamente sobre a passagem do tempo, embora não soubesse ver as horas, como estratégia de sobrevivência.

Ele continuou e retirou da caixa lúdica a arma e a faca. Ele pediu que eu escolhesse a arma. Eu estimulei-o a dizer qual desejava que ficasse comigo. Ele resistiu em dizer, demonstrando dificuldade de aproveitar aquele espaço como seu. Eu continuei estimulando-o a fazer uso do mesmo. Então, ele se escondeu no banheiro (que era uma parede divisória vazada em cima e em baixo dentro da sala de atendimento) com a arma.

P: Papapapapapa! (imita sons de tiros)

T: Morri!

Continuamos a brincadeira, ele continua no banheiro e atirava em mim por baixo da porta, quando começou a dizer:

R: Papapapa...Cola... Coca-cola

T: Não entendi. (eu estava dando um tempo para eu pensar, tamanho insight estava se processado em mim.)

R: Cola... coca-cola.

T: Você quer coca-cola?

Ele gesticulou que sim com a cabeça por baixo da porta, nesse momento percebi que ele estava revivendo algumas situações que vivenciou no passado. Por isso, eu peguei um copo dentro da caixa e encenei que estava servindo coca-cola e entreguei a ele por debaixo da porta. Ele bebeu e depois jogou o copo fora e em seguida saiu do banheiro. Então, eu disse: *Acho que agora você está me mostrando as coisas que você sabe.*

Depois ele foi até a caixa e escolheu os carrinhos para brincar. Tudo ocorria muito rápido. Eu peguei um dos bonecos e coloquei dentro de um dos carrinhos para estimulá-lo a encenar com os mesmos, o que de fato acabou acontecendo. Ele colocou bonecos em todos os carros e manteve consigo o carro com um homem jovem que demonstrava bastante agressividade. Inicialmente o carro com o bebê e o carro com a moça foram violentamente atingidos por esse homem que ele manipulava. Até o momento em que o bebê voou para fora do carro. Eu realizava apontamentos: "nossa ele acabou com o bebê". Depois, Pedro representou que a jovem havia morrido e ele se manteve manipulando o homem jovem e o bebê. Em seguida, demonstrou cenas de violência do maior em relação ao menor. Depois o primeiro parece "cuidar" do segundo, como se fossem aliados em uma luta contra todos. A brincadeira cresceu, ele pegou tudo o que estava na caixa, colocou os instrumentos médicos em um lado da mesa, os de polícia em outro lado, pegou o telefone "para chamar a polícia", e solicitou que assim eu fizesse. Eu representei a polícia chegando e Pedro o homem que, juntamente com o bebê derrubou tudo para o chão passando o braço de uma vez por tudo, como se o homem e o bebê colocassem o “terror” em tudo. Ele disse: *Só eu e você filho! (imita a voz do homem, demonstrando cumplicidade entre a dupla)*

A teoria winnicottiana auxilia-nos no entendimento de como Pedro pôde expressar o que viveu, ou de que forma sentiu as experiências traumáticas que vivenciou. A postura de acolhimento aos conteúdos dele, possibilitou que cada vez mais, Pedro aprofundasse a

comunicação com a terapeuta, mesmo sabendo da possibilidade de interrupção do processo a qualquer momento. Tal postura foi baseada no que Winnicott definiu como *holding*.

O *holding* é a sustentação que a mãe (ou figura substituta) oferece por meio do manuseio e cuidados físicos ao bebê, de forma que ela se adapta de forma global às necessidades deste, por meio do estado este que ele denominou *Preocupação Materna Primária.* (WINNICOTT, 2005). É esse estado que possibilita à mãe, por meio de uma profunda identificação com as necessidades de seu bebê (corporais, a princípio e psíquicas, a posteriori), responder satisfatoriamente a elas, atendendo-as, o que possibilita o desenvolvimento das tendências inatas de seu filho para o crescimento emocional (WINNICOTT, 2000).

O ambiente por meio do *holding* facilita o desenvolvimento saudável, à medida que contribui para a constituição egóica. A mãe proporciona a experiência de onipotência ao seu bebê, que fornece ao indivíduo uma experiência de continuidade no existir, um sentimento de se sentir real e vivo. Essa experiência da continuidade é de fundamental importância para o bebê no momento em que a mãe se volta para o mundo exterior, e começa, paulatinamente, a frustrá-lo por meio da não satisfação de suas necessidades; pois, se o bebê viver satisfatoriamente a onipotência e continuidade será capaz de reagir às falhas do ambiente, expressando raiva por não ser atendido e não sentirá estas como traumáticas, ou seja, como uma quebra no sentimento de existir (WINNICOTT, 2005).

A profunda sintonia da mãe com as necessidades de seu bebê permite que a vivência da onipotência enriqueça o mundo subjetivo do bebê que, inicialmente, ao se relacionar com o mundo, cria subjetivamente os objetos que na realidade estavam lá para serem encontrados. Dessa maneira, o objeto subjetivo criado internamente coincide com o objeto externo e assim o bebê tem a sensação de que ele realmente o criou. Experiências, como essas que confirmam a realidade interna, repetidas ao longo do desenvolvimento, reforçam o sentimento de onipotência, fortalecem o sentimento de sentir-se real e dão o alimento para que o indivíduo possa lidar posteriormente com o princípio da realidade. Além disso, o *holding*

desenvolve o sentido de *ser*, que é o que dá sentido ao *fazer*, à medida que um processo de *integração* ocorre (WINNICOTT, 2005).

É possível comparar o papel da terapeuta, à uma mãe capaz de exercer o *holding*, à medida em que, pode adaptar às necessidades de seu paciente por meio de uma sintonia precisa, acolhendo a expressão de aspectos mais e menos desenvolvidos da personalidade de Pedro. Dessa forma, a experiência de onipotência também foi favorecida quando a terapeuta teve a sensibilidade de oferecer ao paciente o que ele, possivelmente, havia criado subjetivamente e que buscava encontrar na realidade objetiva, como por exemplo, quando a psicoterapeuta desenhou a porta quando ele disse que não sabia desenhar ou quando ofereceu Coca-cola pelo buraco da porta do banheiro, propiciando uma reprodução de uma experiência passada, dessa vez não mais com a intenção de sobreviver fisicamente, mas sim psiquicamente.

Considerações finais.

Pedro viveu um trauma em sua história de vida ao ter o transcorrer dessa interrompido pela negligencia e violência com que fora tratado em parte de sua infância. A equipe do abrigo verificou adequadamente a necessidade da terapia, devido às consequências que esse trauma gerou, como por exemplos a dificuldade no desenvolvimento da capacidade de aprendizado da linguagem formal, comportamentos regressivos e recusas.

O tratamento terapêutico por meio de um ambiente facilitador devido ao acolhimento e sustentação oferecidos pela psicóloga proporcionou uma maior integração para o paciente, no qual ele conseguiu expor diferentes aspectos de sua personalidade e com isso, conseguiu integrar estes ao *Self Verdadeiro*, resgatando a própria história de vida e em última instância, a si mesmo. Contudo, a sucessão da adoção não possibilitou a continuidade da psicoterapia para verificar as possíveis repercussões dessa relação na vida de Pedro.

Referências bibliográficas.

PINTO JUNIOR, A.A. et al; Vitimização e Violência – Atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados. In: **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica.** Org.: TARDIVO, L.S.P.C; GIL, C.A. São Paulo: Savier, 2008.

VAGOSTELLO, L.; TARDIVO, L.S.P.C. Infância e Violência: duas faces da mesma história. In: **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica.** Org.: TARDIVO, L.S.P.C; GIL, C.A. São Paulo: Savier, 2008.

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. (1963). In: _____. **O ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre, Artmed, 1983. p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In: _____. **O ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre, Artmed, 1983. p. 128-139

WINNICOTT, D. W. Preocupação Materna Primária. In:_____. **Da Pediatria à Psicanálise**: Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.399-405.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável (1967). In:____. **Tudo começa em casa.** São Paulo. Martins Fontes, 2005. p. 3 – 22.

A FAMÍLIA, A PARENTALIDADE E A SUBJETIVAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Leliane Maria Aparecida Gliosce Moreira
Ivonise Fernandes da Motta

> *É justamente nossa cultura que situa o indivíduo como valor supremo e, por conseqüência, em oposição à sociedade. Ora, se uma cultura – a ocidental – consiste em fazer do indivíduo o valor social maior, é preciso entender que esta cultura, quando se transmite, se transmite com o imperativo de odiá-la. Pois o indivíduo que é seu valor supremo, somente poderá se afirmar ao recusar a cultura que lhe está sendo transmitida."* (Calligaris, 1993, p. 188).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar nossas compreensões sobre a família e a parentalidade na contemporaneidade, especificamente no Brasil, a fim de estabelecer uma discussão sobre os modelos de família e de parentalidade, para compreender como estão configurados na contemporaneidade estes modos originários dos laços sociais e da subjetividade humana.

Os estudos psicossociais sobre a família na atualidade apontam para novas configurações ou novos modelos de família distintos da chamada família padrão, denominada "tradicional". Segundo Levy e Gomes (2010, p.21), "a família nuclear, ou seja, os pais morando junto com seus filhos, considerada até bem recentemente como a família padrão, convive hoje com novas configurações familiares".

O laço familiar foi significativamente transformado no final do século XX, a partir da influência das rápidas mudanças políticas, econômicas e sociais que definiram, entre outros aspectos, a criação de um novo paradigma: o poder familiar. Isso significa que o patriarcado não sustenta

mais a organização da família, mas sim que diversos indivíduos exercem as funções parentais.

Segundo Roudinesco (2003), na família tradicional, o valor primordial que a sustentava era a transmissão de patrimônio, enquanto que, na família moderna, a lógica afetiva do amor romântico era o que sustentava a sua organização e a divisão de trabalho entre os cônjuges. Enquanto à mulher estava destinada a esfera da vida privada, ao homem estava definida a esfera da vida pública. É importante lembrar que a "distinção entre uma esfera de vida privada e uma esfera de vida pública corresponde à existência das esferas da família e da política como entidades diferentes e separadas." (Arendt, 1995, p. 37).

Ainda segundo Roudinesco (2003), o advento dos movimentos sociais (por exemplo, o feminismo, divórcio etc) e das descobertas científicas e tecnológicas (pílula anticoncepcional, inseminação artificial, comunicação virtual etc) determinou a constituição de outro modo de organização familiar, denominada família contemporânea ou família pós-moderna.

A família contemporânea tem como valor principal a supremacia do conjugal, estabelecendo como suas bases as relações igualitárias e a divisão de poder. O poder familiar advém desta nova forma de constituição da família, marcada por casamentos e recasamentos, estabelecendo outro significante organizativo das relações parentais e filiais.

Na medida em que o poder familiar implica que diversos indivíduos exerçam a função parental pelo estabelecimento de uma pluriparentalidade na família contemporânea, pode-se pensar que "... ganha-se flexibilidade e criatividade com a pluralidade de experiências de natureza afetiva para a criança, porém observa-se na clínica o mal-estar provocado pela convivência no tempo e no espaço do novo e do tradicional" (Levy e Gomes, 2009, p. 217-218).

Se, por um lado, ganha-se relações mais democráticas de poder em que todos os membros da família contemporânea (pais e filhos) são ouvidos e entendidos como sujeitos na construção e manutenção dos laços familiares, por outro lado, percebe-se a perda da autoridade no interior da família, isto é, a perda da função paterna como o organizador social e do processo de subjetivação.

É preciso explicitar que entendo a função paterna enquanto internalização do princípio da autoridade (Freud, [1929] 1976), que atua como um princípio regulador que funda e permite o convívio social. A internalização do princípio da autoridade “implica uma passagem da razão objetiva para a razão subjetiva...” (Calligaris, 1993, p. 187). Isto quer dizer que a internalização da autoridade ocorre na medida em que acontece a recusa de sua origem objetiva, ou seja, em que a autoridade não precisa ser mais externa ao sujeito, não precisa ser mais uma presença real, passando a ser um fato e uma vontade de cada indivíduo.

Pode-se pensar, então, que a perda da função paterna revela uma “crise das referências simbólicas”, segundo Ceccarelli (2002), que não se restringe somente à família, mas abrange todos os laços sociais. Os ideais atuais da cultura (igualdade entre os gêneros e preservação da liberdade individual e das
diferenças, principalmente) afetam o cotidiano das relações humanas e “é possível perceber um descompasso entre a diversidade de ideais, a rapidez das mudanças sociais e a capacidade do sujeito em processá-las.” (Levy e Gomes, 2009, p. 220).

Nas famílias reconstituídas e recompostas, termos utilizados para designar as novas configurações familiares contemporâneas, assim como nas famílias tradicionais, que ainda se mantém na atualidade, é possível perceber o enfraquecimento do lugar da autoridade no social e a fragilização dos papéis parentais no contexto da cultura ocidental. Apesar de hoje entendermos maternidade e paternidade como função parental, ou seja, ambos têm uma

posição igualitária como autoridade, observa-se uma grande confusão dos pais quanto a seus respectivos papéis e uma indefinição do lugar do filho.

O termo função parental nos indica a não existência de uma referência fixa na instituição da família – o pai – mas sim uma dupla parentalidade, que implica que ambos – pai e mãe – são responsáveis pelo reconhecimento social e simbólico do vínculo. Isto é, “muito embora as referências não sejam mais fixas, as funções parentais são fundamentais para organizar o processo de subjetivação e definir as bases por meio das quais os pais configuram seus lugares na rede parental e no processo de filiação.” (Levy e Gomes, 2009, p. 222).

Segundo Levy e Gomes (2009), a instauração da parentalidade depende dos recursos intrapsíquicos dos pais e de como eles foram inseridos em suas redes parentais de origem, enquanto a noção de filiação enfatiza a reciprocidade existente na relação entre eles, pressupondo-se o reconhecimento dos lugares de cada um.

Portanto, pode-se entender que, apesar de não haver, nas famílias da contemporaneidade, uma única referência fixa, é fundamental que não percamos de vista a importância de que a “estrutura de parentesco é uma malha simbólica que opera como ordenadora das relações familiares...” (Ruíz-Correa, 2008, p. 22). Isto é, os lugares que cada um ocupa na família estão indicados por uma ordem simbólica que rege as relações – a interdição do incesto – e que assinala a filiação advinda de duas linhagens, a materna e a paterna.

A ordem simbólica que marca a filiação de uma criança permite que ela ascenda à condição de sujeito e não permaneça como objeto do desejo narcísico parental. A inscrição numa linhagem, portanto, permite que a criança, ao mesmo tempo, se reconheça como partícipe de uma história e construtor de sua própria história, ou seja, permite que ela construa o seu lugar simbólico na relação familiar.

"É por esse processo que o indivíduo também se torna, por um lado, autor e, por outro, proprietário de sua herança. Em última instancia é algo que permeia a história pessoal, familiar e da própria civilização." (Zanetti e Gomes, 2009, p. 96).

Contudo, também sabemos por meio dos diversos estudos e pesquisas em Psicanálise que este lugar simbólico da criança na família está marcado pelo investimento narcísico dos pais que autoriza o nascimento da criança e o seu ancoramento na família, processo que foi denominado por Aulagnier (1979) como "contrato narcisista".

> *"A criança investida narcisicamente ocupará um lugar que lhe é oferecido pela cadeia social e intergeracional que a precede, e receberá um mandato de transmitir determinado discurso, assegurando a continuidade da geração e do conjunto social."* (Levy e Gomes, 2009, p. 224).

O "contrato narcisista" marca uma sujeição da criança aos desejos, expectativas e fantasias de seus pais, mas também permite que ela seja inserida numa história de origem, de pertencimento a um específico grupo social – a família – no qual ela se reconhece e é reconhecida.

O processo de subjetivação, portanto, é um trabalho psíquico que se desenrola a partir do "contrato narcisista" em função da formação do sujeito e que se produz "segundo um duplo processo psíquico: um trabalha em cada sujeito segundo seus determinantes internos, o outro desenvolve-se a partir do espaço psíquico intersubjetivo." (Kaës, 2010).

O paradoxo do sujeito advém desse duplo processo psíquico em que o "eu sou" se estrutura também numa correlação com outros "eu sou" e em que "ele se encontra submetido e estruturado nessa sujeição." (Kaës, 2010). Entendo o termo sujeição discutido por Kaës (2010) como sendo a submissão do sujeito aos efeitos de uma ordem, de uma lei, que não tem necessariamente por correlato a alienação, mas está para além do sujeito, está nas relações mútuas entre o sujeito e o outro. É este espaço psíquico mútuo entre o sujeito e o outro que entendo ser denominado de espaço intersubjetivo ou intersubjetividade.

O tornar-se sujeito está sob efeito da intersubjetividade, enquanto espaço comum, partilhado, conjunto e diferenciado entre sujeitos num dado vínculo. Este espaço comum é experimentado por cada sujeito de maneira específica, o que permite dizer que cada sujeito se constitui também segundo seus determinantes inconscientes.

> *"A idéia que proponho é que o Eu, termo do processo de subjetivação, só pode advir em sua organização reflexiva e na apropriação de sua própria subjetividade num conjunto intersubjetivo do qual é inicialmente tributário e do qual terá de se soltar, sem todavia se libertar radicalmente."* (Kaës, 2010).

Diante do que foi até o momento exposto, entendo ser importante dizer que a família é o primeiro lócus ao qual a criança é apresentada e é representada na nas relações de objeto, nas identificações e fantasias inconscientes de um outro e de um conjunto de outros. Neste sentido, a família pode ser entendida como um vínculo intersubjetivo, que é perpassado por uma dada realidade, no qual há alianças inconscientes preexistentes à vinda ao mundo da criança.

> *"Cada um de nós vem ao mundo da vida psíquica na trama das alianças que foram estabelecidas antes de nós e na qual nosso lugar está marcado de antemão. Esse lugar que o constitui em sua subjetividade só poderá ser mantido na medida em que ele subscrever os termos da aliança prescrita para ele, mas também para o conjunto. A história de sua formação como Eu é ao mesmo tempo a de sua sujeição a esse lugar, e a das distancias que o sujeito terá de experimentar e sustentar em relação a esse lugar prescrito."* (Kaës, 2010).

Considerações Finais

O campo de investigações com o qual Freud se deparou o levou a teorizar a respeito da estrutura e da dinâmica de funcionamento do aparelho psíquico e sua organização

intrapsíquica, criando, então, a Psicanálise. No entanto, na medida em que sua teoria evoluiu, ele passou a abordar outros aspectos da vida psíquica cujos desdobramentos o levaram para além da organização intrapsíquica, ou seja, para uma intersubjetividade constitutiva do sujeito. Em sua obra “Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, Freud ([1921]1979) afirma que a construção subjetiva de uma pessoa está envolvida, desde o princípio das relações mais primitivas da infância, com outro objeto que pode assumir as qualidades de um oponente, ou um auxiliar, ou um modelo. Pode-se pensar, então, que desde sempre o outro ou os outros existiram na constituição do sujeito para a Psicanálise e que a intersubjetividade que define e marca esta constituição é um tema importante para essa área do conhecimento humano.

A Psicanálise pós-freudiana tem buscado desenvolver estudos sobre o corpo teórico relacionado à temática dos grupos, considerando a importância de estudar seu processo e suas peculiaridades para a formação do sujeito.

O estudo da família e de seus modos de estruturação é fundamental para compreender os modos de subjetivação na contemporaneidade, na medida em que se entende a família enquanto “um grupo formador da matriz intersubjetiva do nascimento da vida psíquica.” (Zanetti e Gomes, 2009, p. 94).
O mecanismo de identificação é um dos principais envolvidos na construção da matriz intersubjetiva, na medida em que facilita a vinculação do indivíduo a um grupo e assim sucessivamente, num encadeamento de gerações, construindo a noção de pertencimento e a construção da própria subjetividade num processo de transformação do material que é transmitido.

Ao sermos solicitados a trabalhar psicanaliticamente com crianças e seus pais, na atualidade, se faz cada vez mais necessário nos reportarmos a dois aspectos fundamentais dos vínculos humanos: confiança e segurança.

Para Winnicott (1990), o ser emerge da solidão que significa um estado inicial de fusão do bebê com a mãe. Se as experiências iniciais de fusão com a mãe são suficientemente boas, a confiança nos vínculos, no viver, na própria criatividade é estabelecida e fortalecida gradualmente ao longo dos primeiros anos de vida. A presença da confiança estabelecida desde o início permite bases sólidas e consistentes para o interjogo entre ilusão e desilusão, o que garante a desconstrução da ilusão guiada por doses gradativas de desilusão.

Entende-se desilusões como aqueles aspectos característicos do processo de separação e individuação mãe-bebê, que se forem bem dosadas levam ao amadurecimento, às integrações sucessivas e graduais do *self*. Isto nos permite dizer que a desilusão quando bem dosada nos leva à possibilidade de constituição de uma estrutura psíquica caracterizada por riqueza interna no sentido do que Winnicott (1983) denomina de "verdadeiro *self*": identidade própria, contornos firmemente estabelecidos, tons e matizes individuais em termos de ser e existir.

Para Winnicott, essa é a base da capacidade de ficar só que surgirá mais tarde no desenvolvimento resultante destes estágios primordiais de confiança e dependência absolutas. É também dessa raiz que surge a presença de condições satisfatórias para que a pessoa possa fornecer bons cuidados para consigo mesma ao longo de sua existência.

Diante do que foi exposto até o presente momento, pode-se, então, formular a idéia de que, independentemente das representações atuais das famílias, as crianças demandam dos pais segurança e confiança na permanência dos vínculos deles com ela. Mas, se vivemos sob a supremacia do individualismo, que gera a falta de confiança entre as pessoas cujo corolário é o narcisismo das pequenas diferenças, e se o discurso psicológico e clínico-médico fragilizou a função parental, retirando dela o seu saber próprio, como poderemos garantir segurança e confiança nos vínculos, quer seja para as crianças quer seja para os seres humanos em geral?

A garantia da confiança e da segurança não está sustentada somente na existência da função parental, mas sim no resgate da permissão da espontaneidade da criança como apoio para o seu desenvolvimento, incluindo-se o limite como suporte afetivo e como manutenção das relações familiares, assim como no resgate da autoridade como representação de valores próprios reconstruídos com base na experiência e na reflexão.

A função de apoio a qual acima me refiro se baseia no conceito de *holding* de Winnicott em que há a disponibilidade física e afetiva do ambiente, primordialmente da mãe, em sustentar as angústias e as alegrias da criança.

Finalizando, mesmo que, na atualidade, a criança tenha vários adultos exercendo, de forma simultânea ou sucessiva, a função parental, tal como acontece nas famílias recompostas, é fundamental que haja segurança e confiança no vínculo, enquanto espaço psíquico intersubjetivo, que estrutura "a noção de 'pertencimento' e o que permite a construção da própria subjetividade, num processo de transformação, de criação, do material que é transmitido." (Zanetti e Gomes, 2009, p. 96). A noção de "pertencimento" garante um lugar simbólico para a criança no desejo dos pais e das gerações anteriores a eles, que ampara e assegura a construção da própria subjetividade e sustenta o vir a ser do sujeito.

Referências Bibliográficas

Aulagnier, P. **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.

Arendt, H. **A Condição Humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Calligaris, C. Sociedade e indivíduo. In: **Psicanálise e Sintoma Social.** São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1993.

Ceccarelli, P. R. *Configurações edípicas da contemporaneidade: reflexões sobre as novas formas de filiação.* Pulsional Revista de Psicanálise, São Paulo, ano 15, v. 161, p. 88-98, set. 2002.

Freud, S. (1930) O mal-estar na civilização. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.

Freud, S. (1921) Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.

Freud, S. (1929) Totem e Tabu. In: **S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.

Kaës, R. **Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo.** São Paulo: Loyola Editora, 2010.

Levy, L.; Gomes, I. C. *O mal-estar e a complexidade da parentalidade contemporânea.* Cadernos de Psicanálise, Rio de Janeiro, v. 25, n. 28, p. 217- 238, 2009.

Levy, L.; Gomes, I. C. *Casamentos e recasamentos: diferentes tempos de um encontro amoroso.* Cadernos de Psicanálise, Rio de Janeiro, v. 26, n. 29, p. 19- 34, 2010.

Passos, M. C. Funções materna e paterna nas famílias homoparentais. In: Feres-Carneiro, T. (org). **Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Roudinesco, E. **A Família em Desordem.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

Ruíz-Correa, O. B. Grupo familiar e traumatismos: dispositivos de trabalho. In: Gomes, I. C. (coord). **Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Winnicott, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

Winnicott, D. W. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Zanetti, S. A. S.; Gomes, I. C. *Transmissão Psíquica Transgeracional e Construção de Subjetividade: Relato de uma Psicoterapia Psicanalítica Vincular.* In: Psicologia USP, São Paulo, v. 20, p. 93-108, 2009.

O MANEJO DE FANTASIAS INCONSCIENTES NA TRANSFERÊNCIA
UM CASO ATENDIDO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Maria Tereza de Oliveira

José Tolentino Rosa, Leila Cury Tardivo

APOIAR

Universidade de São Paulo

Resumo

UM CASO DE DOENÇAS AUTO-IMUNES

Maria Estela Escanhoela Amaral Santos

Paciente setuagenária, queixava-se de dores por todo corpo e dificuldades no relacionamento familiar o que gerava estado depressivo pela falta de perspectivas de mudanças em sua vida. Lembranças da infância remetiam-na à maneira hostil de como a mãe tratava os filhos, agredindo-os fisicamente, por qualquer motivo. Casou-se com um homem que também a maltratava, deixando-a muito depressiva, como ocorria na infância. Após a separação matrimonial, sem os castigos que lhe infligiam sua mãe o esposo, surgiu uma cadeia de patologias: pulmonar, tireoidiana, dermatológica e câncer, tendo sido submetida a cirurgias que agravaram o seu sofrimento físico e psíquico. O foco da Psicoterapia foi no modo como canalizava a sua agressividade na relação consigo mesma e com os seus familiares. Ao longo de 20 sessões de psicoterapia já conseguia manter relações familiares mais harmoniosas, e criava recursos para amenizar as suas dores. Assim passou a apresentar melhores perspectivas futuras para sua vida pessoal e relacionamento familiar. A principal mudança psíquica da paciente foi descobrir que as fantasias inconscientes geradas devido à agressividade da mãe e posteriormente do esposo, eram o foco dos sentimentos de culpa que a levavam a agir como se tivesse uma dívida impagável com a mãe e esposo.

Ivonise Fernandes da Motta

Palavras chave – depressão; fantasia inconsciente; psicoterapia psicanalítica

Resumo

As autoras apresentam o caso de uma mulher na faixa etária dos 40 anos que desenvolveu doenças sérias e crônicas como lupus, artrite reumatóide e doença celíaca.

Os primeiros sintomas apareceram sob a forma de dores nas articulações. Após um período de investigação clínica com alguns especialistas, o diagnóstico foi confirmado: Lúpus. Quando o quadro estava sob controle, a paciente desenvolveu outro - Artrite Reumatóide – também uma doença auto-imune.

Um dos principais sintomas era o inchaço abdominal que causava a sensação de uma grande bolsa vazia, que a impedia de se locomover e que mobilizava angústias terríveis, como a sensação de que a morte poderia chegar a qualquer momento.

Ao recorrer à ajuda de psicoterapia, no início de 2009, já havia passado por nove anos de sofrimento físico e psicológico. A doença celíaca foi diagnosticada durante o processo psicoterápico.

Como uma criança, a paciente procurou ajuda na tentativa de encontrar o útero perdido. Era preciso quase morrer para renascer e construir uma nova vida.

Durante o primeiro ano as sessões de psicoterapia, de orientação psicanalítica, tiveram a freqüência de duas vezes por semana, tendo sido reduzida a uma no ano seguinte.

As experiências infantis revividas no setting revelaram o sentimento de solidão e desamparo mediante relações parentais frágeis, hostis e de abandono, que foram se confirmando no processo de crescimento e amadurecimento, através dos novos vínculos familiares, sociais e amorosos.

Palavras-Chave: doenças sérias; sofrimento; solidão; experiências infantis.

O Caso

Luiza (nome fictício), 41 anos, solteira, nível superior, mora sozinha e administra a empresa iniciada pelo pai há muitos anos atrás. Tem uma irmã cinco anos mais velha e dois sobrinhos. O pai faleceu há cerca de um ano, dormindo, aos 73 anos. A mãe, 75, continuou na residência da família após a viuvez, sozinha.

L. teve poucos namorados, morou algum tempo no exterior e no início de 2008 decidiu trocar a profissão para se aproximar e envolver-se na empresa construída e administrada pelo pai, com quem mantinha relação fria e distante até então. Pretendia modificar e intensificar os laços afetivos com a figura paterna e preparar-se para substituí-lo, o que não esperava ocorrer tão cedo.

As lembranças expressas durante o processo psicoterapêutico revelam um lar frio, indiferente, autoritário, nada acolhedor. A paciente descreve sua mãe como “esquisita”, de quem não se lembra ter recebido colo, carinho, atenção, apenas cobranças e tratamento hostil. O pai, também ausente e distante afetivamente, supria apenas as necessidades materiais e mesmo assim, de forma crítica: “ele dizia que eu só pensava em passear.” (SIC). Não entendia como as pessoas se referiam a ele como um homem bondoso, admirável, se em casa era nulo enquanto pai.

A única lembrança que guarda a seu favor é a desaprovação dele em relação a um namorado que, segundo ele, não a respeitava, não era digno dela. Passou grande parte de sua vida com esse rapaz, aceitando com submissão as regras impostas por ele, como namorar apenas durante a semana, por exemplo.

Com a irmã, enquanto eram crianças e no início da juventude, mantinham bom relacionamento, sentia-se cuidada por ela; atualmente, a indiferença e a hostilidade passaram a delinear o vínculo entre elas. L.tem sido capaz de identificar a semelhança entre a mãe e a irmã, em relação ao modo amargo de encarar a vida.

Pelo que podemos entender, L. nasceu e sobreviveu através de cuidados parentais operacionais sem laços afetivos e emocionais que sustentam o processo de crescimento e de desenvolvimento saudável. Trata-se de pessoa meiga, atenciosa, respeitosa, cuja agressividade parece ter se voltado contra o próprio self, tendo desenvolvido ao longo da vida doenças auto-imunes, como se ainda se mantivesse no lugar de um bebê sozinho, desamparado, impotente e extremamente sensível.

Como surgiu o quadro patológico

Em 1999 começou a sentir dores nas articulações, principalmente no pulso esquerdo, que atribuía a movimentos repetitivos (escrita) e má postura.

Tratava-se através de medicina antropofásica e homeopatia, após ter passado por ortopedista, realizado exames como radiografia e ultrasonografia, sessões de fisioterapia e tomado uma variedade de analgésicos. Foi a especialista em antropofasia que levou a caso de L. à discussão entre colegas e chegaram à hipótese diagnóstica de Lúpus. Após exame específico de sangue comprovou-se o quadro e a paciente foi encaminhada a um reumatologista.

Pesquisando sobre a doença relatou ter entrado em desespero ao saber que não havia cura – a fantasia era de que morreria em pouco tempo.

Iniciou tratamento com corticóides, as dores diminuíam, mas o quadro não regredia, segundo o controle através de exames. Assim, que o lúpus foi se estabilizando, surgiu a artrite reumatóide, também uma doença auto-imune. As dores cederam lugar a uma anemia profunda, difícil de ser combatida.

Em 2003, sentindo-se um pouco melhor, ainda anêmica, foi passar um tempo (dez meses) na Europa, voltou ao Brasil em férias e assim que retornou ao país estrangeiro, começou a ter inchaços nos tornozelos, enjôos, azia, má digestão e diarréia. O inchaço foi percorrendo o corpo até tomar conta do abdome, rosto e mãos, enfim, o corpo todo.

Contou ter passado momentos terríveis, as roupas não serviam, não podia colocar sapatos, voltou a tomar corticóides e no fim do ano resolveu voltar e permanecer no Brasil, mesmo contra sua vontade. As crises como as descritas acima iam e voltavam e nunca os exames apontavam resultados favoráveis. Anemia, vitamina B e ácido fólico em baixa, bem como o nível de cálcio no organismo.

Por não se sentir respeitada pelo reumatologista, que sempre lhe questionava se estava seguindo as orientações corretamente, se o inchaço não era gravidez, resolveu voltar ao tratamento homeopático em 2007.

Em viagem de férias de verão no ano seguinte, um implante dentário quebrou no percurso aéreo e após ter passado por situações angustiantes, sem dentes, num lugar onde

não havia muitos recursos, conseguiu um ajuste provisório até voltar e refazer o implante. Logo em seguida teve um inchaço no corpo todo e as articulações quase paralisadas. Nesse dia, contou emocionada, sentiu que não haveria mais solução, estava prestes a morrer e chamou a irmã. Passado o susto refletiu e atribuiu o quadro como uma descarga de adrenalina (o sufoco que passou no avião), somado ao desequilíbrio emocional e efeitos colaterais dos antiinflamatórios.

"Fiquei enorme, passando mal, vomitando e com sintomas estomacais absurdos." Aos poucos foi recuperando os movimentos, como dobrar os joelhos, vestir-se e calçar sapatos.

Em momento algum L. falou da mãe, do pai como pessoas que cuidavam, socorriam, se importavam com o drama dela.

Assim que o corpo voltou ao normal, sentiu disposição para retomar a rotina, porém,dois dias depois, foi surpreendida com a notícia da morte do pai, que não se levantou na segunda-feira. Após o funeral, voltou a inchar, a enjoar e apresentar diarréia, além de insônia, por não conseguir encontrar uma posição para dormir. Assim foi do meio para o final do ano. Chegou a frequentar o consultório do homeopata diariamente.

Do inchaço passou a ficar "esquelética" (denominação dela), a pele perdeu a elasticidade e tinha um tom acinzentado; as articulações "enferrujaram-se" (palavras dela), os enjôos permaneciam, os níveis hormonais muito baixos e a falta de ânimo era constante. Mesmo assim, não deixava de trabalhar, passear, viajar, ou seja, tentava esforçar-se para manter uma rotina normal.

Através de um parente médico e de uma amiga, com hábitos alimentares saudáveis, segundo L., iniciou-se uma investigação em relação à função digestiva e após exames específicos, descobriu sua intolerância ao glúten – a Doença Celíaca estava instalada (outubro/2009).

Seguindo orientação de uma nutricionista mudou seus hábitos alimentares, os inchaços retornaram devido à reposição hormonal, sentia-se deprimida ao perceber que seu corpo perdia rapidamente as formas e medidas, mas lutava internamente para suportar e melhorar, conforme relatou em diversas sessões com a psicoterapeuta.

No momento, especialmente há cerca de um ano, sente-se “normal”, com o quadro somatopsíquico totalmente controlado – corpo em dimensões normais, recuperados o brilho nos olhos, a elasticidade da pele, a ausência de dores, o ânimo, a confiança e a esperança de que possui e desenvolveu recursos internos capazes de enfrentar e de superar qualquer tipo de dificuldade, seja intra, extra ou interpsíquica.

Fragmento de sessão (setembro/2009)

(Oito meses em processo psicoterápico) - L. entrou no consultório com olhar e postura de quem está em profundo sofrimento.

> L.: Eu estou me sentindo péssima. Tinha melhorado, estava mais animada, não fui à casa da minha mãe, dei um tempo, mas ela me ligou para reclamar que a empregada queria ir embora e que precisava de mim para levá-la. Como estava ocupada pedi que minha irmã fosse, mas ela não quis nem saber. Fui e minha mãe me tratou com tanta grosseria, nada estava bom, na saída falou palavrões que não me saíram da cabeça, que se referiam ao porque de eu ter nascido. [...] ontem minha irmã também me fez uma grande desfeita no almoço e a noite cheguei em casa me sentindo enorme, parecia que eu não ia conseguir dar um passo a mais, achei que fosse morrer ou explodir. Deitei, fiquei quietinha e a sensação foi passando até voltar ao normal. (*ela própria aprendeu a se conter*).
>
> [...] aquela frase que minha disse não me saía da cabeça, não sei o que fiz a ela. [...] ontem levei-a ao médico que já estava agendado e pedi para que minha irmã a trouxesse de volta. Eu queria só resgatar alguma coisa, talvez ela ser a mãe que nunca foi, eu poder sentir que tenho mãe.
>
> T: Você, em especial, é capaz de ajudar mesmo sentindo-se agredida por ela. Você é a presença viva do que ela perdeu – o marido, aquele que a fazia se sentir importante, que a provia de tudo e a levava para passear aos domingos. Você sabe que ela é uma pessoa comprometida

> e não quer se tratar. Quer ser cuidada, mas ao mesmo tempo não sabe receber os cuidados que lhe oferecem e você, mesmo não tendo tido a mãe que gostaria, conseguiu desenvolver sentimentos tão nobres com o pouco que conseguiu captar dela e do seu pai.
>
> L: é isso mesmo, é claro que ela tem coisas boas, por que não mostra?
>
> T: Como você é capaz de receber e conter esse ódio e como ela provavelmente gostaria de ser como você e não é, reage te atacando e você absorve tudo como se fosse seu e vai inchando como um boneco inflável, grande e oco, porque esses sentimentos não lhe pertencem.
>
> L.: É verdade, é isso mesmo que eu sinto, que é por fora. [...] é uma pena, eu queria ter o tempo que resta de vida para poder viver uma relação de mãe e filha com ela, poder beijar, abraçar, sentir que ela gosta de mim, deve gostar do jeito dela. Mas eu estou começando a me acostumar com a idéia de que eu não vou ter isso e que vou continuar fazendo tudo para que não falte nada a ela. Estou começando a admitir, a não ter medo de dizer que eu não gosto da minha mãe, sem culpa, sabe? Sou grata apenas porque ela me pôs no mundo.

Discussão

Através das idéias e teorias psicanalíticas de D.W.Winnicott podemos compreender este como um caso onde o ambiente primário (mãe) não foi suficientemente bom, ou seja, não houve uma experiência de cuidados iniciais seguidos de atenção, empatia, contenção, confiabilidade, capazes de estabelecer as bases do self. Como descreve o autor em sua obra "Natureza Humana" (1990, p.37), " a base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar." Na p. 177 ele diz:

> "Ao examinarmos os fatores que levam à integração e ao assentamento da psique no corpo, encontramos um que tem a ver com o ambiente e os cuidados físicos em geral, realizados como uma expressão de amor."

Há possibilidade de sobrevivência, mesmo que a mãe não tenha uma atitude consistente e contínua, porque além de qualquer outra pessoa poder exercer a função materna, cada bebê nasce com potencial herdado para a maturação. No caso de falhas ambientais, que não sejam corrigidas de forma adequada e imediata, algo ficará faltando no desenvolvimento emocional e as consequências acarretarão em prejuízos à saúde física e mental.

No caso de L., através do ambiente analítico favorável, houve a possibilidade de a paciente regredir e experimentar os sentimentos de solidão, de desamparo, incerteza, como se fosse um bebê em busca do útero materno. Winnicott denomina a idéia do acolhimento e proteção intra-uterinos como sentimento oceânico que tanto pode representar a negação da dependência, como a idéia de um ambiente tão ruim que não haveria chances de uma existência pessoal.

Podemos supor que a predominância do ambiente hostil nas relações objetais primárias, desencadeou o surgimento das doenças auto-imunes, como tentativa de conter o ódio, dirigindo-o contra o si mesma, através de sintomatologia agressiva, destrutiva, numa luta constante contra a auto-proteção e sobrevivência do self.

Por meio da psicoterapia, como um ambiente suficientemente bom, onde L. pode ser reconhecida e tratada conforme a idade emocional do momento e suprida em suas necessidades básicas de atenção, cuidado, respeito e proteção, houve o encontro com a possibilidade de reparar danos e acreditar que as coisas terríveis podiam ser transformadas e o sofrimento amenizado.

Hoje, as doenças estão sob controle, a relação com a mãe é relativamente boa, houve o resgate da figura paterna através da continuidade dos negócios e pela primeira vez sente-se amada por um homem, com o qual se casou recentemente.

Referências Bibliográficas

Winnicott, D.W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (Irineo Constantino Schuch Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D.W. (1990). *A Natureza Humana*. (Davy Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. (1999). *Os bebês e suas mães.* (Jefferson Luiz Camargo, trad.)São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. (Davy Bogomoletz, trad.) Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. ([1970]2005). Psiquiatria Infantil, serviço social e atendimento alternativo. In Sherpherd, R.; Johns, J.; Robinsons, H.T. (orgs.), *Pensando sobre* C*rianças* (pp.235-8). (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

CONTORNOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:

Síntese do levantamento de dados sobre a população atendida pela psicologia em Delegacias da Mulher na Região do ABCD Paulista[105]

[105] Este texto foi extraído de um trabalho de pesquisa financiado pelo CNPq "Violência, Mulher e Família: Descrição e sistematização dos atendimentos psicológicos realizados nos Plantões nas Delegacias da Mulher e Participativas do ABC e São Paulo" e que faz parte do Grupo de Pesquisa sobre Violência – do Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Marília M. Vizzotto;
Maria Geralda V. Heleno;
Tânia E. Bonfim; Gleise S. Arias;
Katiane H. Fukamashi;
Juliana Rodrigues;
Vanessa P Marcos; Cecília Melo

Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Resumo

Examinamos um perfil ou características da demanda atendida em plantões psicológicos realizados em Delegacias da Mulher do ABCD paulista e de regiões periféricas de São Paulo. São destacados os últimos 5 anos, pois há um crescimento da procura pela atenção psicológica nesses locais, não só no que se refere às mulheres com queixas de agressões, mas também crianças de 0 (zero) até 13 anos de idade. Apresentam-se um perfil sociocultural, demográfico e variáveis psicológicas que circundam a clientela e suas relações com a violência doméstica; também são descritas as principais queixas e suas dinâmicas.

Palavras-Chave: Violência doméstica; Plantão Psicológico; Violência Infantil

INTRODUÇÃO

Foi a partir de 2002 que o curso de psicologia da Universidade Metodista de São Paulo passou a trabalhar em parceria com as Delegacias da Mulher do ABCD (mais especificamente Santo André, São Bernardo do Campo, Diadema e algumas de São Paulo – Delegacias de V. Carrão, Artur Alvim, Centro Pq. Dom Pedro, Santo Amaro) num sistema de “plantão

psicológico" nessas instituições. Nesse processo, os estagiários do 5º. ano de formação de psicólogos permanecerem nas instalações das delegacias e prestam assistência à clientela que busca ajuda. Este acordo entre instituições tornou-se uma prática de intervenção dentro do estágio regular de "psicologia Comunitária e da Saúde", de modo que os estagiários passaram a receber orientações semanais de seus professores supervisores, para cada caso atendido.

A tímida proposta de atenção psicológica iniciada necessitou ser reorganizada ante o preocupante volume de pessoas a buscar auxílio; e isso culminou em um programa de atenção mais específico e mais efetivo, contando atualmente um ou mais plantonistas para cada dia da semana nas referidas delegacias. Acresce-se também que esse foi um dos fatores de incentivo para que criássemos o Grupo de Pesquisa sobre Violência dentro do curso de Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Metodista.

Nessa trajetória buscamos recorrer à literatura disponível em psicologia para compreender mais essa clientela que busca auxílio e acolhimento para seus conflitos nas delegacias da mulher.

A fim de ampliarmos o conhecimento sobre esta população e assim buscarmos mais recursos no corpo teórico e técnico psicológico é que consideramos relevante traçarmos como objetivos gerais a realização de um levantamento de dados dessa clientela, bem realizarmos uma descrição das denúncias e a dinâmica dessas.

MÉTODO

Os dados foram coletados a partir de 1724 prontuários resultantes dos atendimentos realizados nos plantões psicológicos (BELAS, 1998; Bartz, 2006) e arquivados no Curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo. Entretanto, são relatados no presente texto os resultados extraídos de prontuários de atendimentos realizados nos últimos 5 anos em 02 Delegacias Participativas (Santo André e São Bernardo) e 05 Delegacias da Mulher (São Bernardo, Diadema, Mauá, e São Paulo - Artur Alvim,

Carrão). As informações contidas nos prontuários reuniam o conteúdo das entrevistas, bem como instrumentos de investigação psicológica (escalas, testes projetivos) e outros materiais como fichas de encaminhamentos e demais dados considerados relevantes em cada caso. Por essas razões é que consideramos que os prontuários deveriam permanecer nas dependências da Universidade. Também por se tratar de pesquisa envolvendo seres hum

anos, a presente investigação buscou atender aos requisitos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, preservando-se a identidade, bem como a integridade física e psicológica dos participantes.

Os dados demográficos e sócio-culturais foram inseridos em um banco de dados, através do programa *SPSS - versão 16 para Windows.* As análises estatísticas não paramétricas (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006) realizadas permitiram a caracterização da amostra.

Considerando-se que mais de 75% da população atendida refere-se ao público feminino, buscamos caracterizar o perfil das queixas das mulheres, tanto em delegacias participativas quanto nas delegacias da Mulher. Para isso, considerou-se 10% dessa população (102 mulheres) numa divisão representativa da população atendida, levando-se em conta para essa representação amostral o estado civil, faixa etária e o tipo de delegacia. Após a divisão da amostra, os prontuários foram lidos, aleatoriamente, e as queixas identificadas formaram categorias de análise, as quais foram subdivididas em indicadores conforme a queixa apresentada.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados dos prontuários dos casos atendidos durante o período de fevereiro de 2005 a janeiro de 2010 por plantonistas em delegacias especiais na região da Grande São Paulo.

A descrição desses resultados é apresentada por categorias, buscando-se assim

demonstrar primeiro o perfil dessa clientela em relação aos dados sócio-demográficos e após apresentam-se as queixas e demais variáveis psicológicas levantadas.

I. Dados Relativos Ao Perfil Sociodemográfico Da Clientela Estudada

A partir dos 1724 prontuários de casos de atendimentos em plantões psicológicos em delegacias especiais brasileiras obteve-se o seguinte perfil da clientela atendida: 1300 mulheres (75,4%) e 424 homens (24,6%).

As mulheres apresentaram idade média de 37,35 anos (DP= 14,14), variando de 02 a 88 anos. A maioria das mulheres (37,1%) eram adultas maduras, ou seja, com idade entre 41 e 60 anos e, as idosas com 61 anos ou mais somam 30% da amostra. Os homens apresentaram idade média de 39,47 anos (DP= 16,61) variando entre 04 e 84 anos e eram, em sua maioria, adultos, de 26 aos 40 anos (29,5%) ou adultos maduros (35,4%).

Em relação ao estado civil houve o predomínio de pessoas casadas ou em relacionamento estável (união consensual). Dos homens, 38,2% eram solteiros e 42,7% estavam casados ou possuíam relacionamento estável (união consensual); com relação ao estado civil das mulheres, 32% eram solteiras e 46,7% estavam casadas ou conviviam com parceiro íntimo.

Sobre o grau de escolaridade, verificou-se que tanto entre os homens quanto entre as mulheres, prevaleceu um grau escolar que vai de 8 a 12 anos de tempo de estudo (47,3%), porém, há uma grande parcela que não chegou a concluir o ensino fundamental (25%).

Quanto à atividade laboral exercida, grande parte da clientela exercia atividades laborais classificadas como “trabalhadores de serviços e vendedores do comércio” (23,% dos homens e 36,5% das mulheres), seguidos de “produção de bens e serviços industriais” (trabalhadores das indústrias) no caso dos homens (17,5%) e atividades “do lar”, no caso das mulheres (15,3%).

Em relação à demanda pelo serviço de psicologia nas modalidades de delegacia, verificou-se que, no caso das mulheres, há um equilíbrio na busca por esse tipo de atendimento em dois tipos de delegacias (50,4% nas DDM e 49,6% nas Delegacias Participativas). Já no caso dos homens, estes buscam principalmente os serviços nas Delegacias Participativas (80%), enquanto apenas 20% busca o plantão psicológico nas DDM's. Os homens atendidos em DDM's são os acusados de agressão pelas mulheres que buscam o plantão. Por isso, o motivo que os levam a estas delegacias invariavelmente se trata de convocações que a equipe de psicologia faz a fim de realizar mediações entre o casal.

Neste estudo foi possível identificar a predominância de mulheres nos atendimentos realizados no plantão psicológico e por este motivo, nesta segunda parte da descrição dos resultados, foi dada ênfase à população feminina. Para tanto, considerou-se 10% da amostra, ou seja, 102 mulheres, em uma divisão representativa da população atendida. Assim, antes das queixas serem apresentadas, cabe descrever os aspectos que correspondem ao estado civil, idade e à delegacia em que essas mulheres foram atendidas.

Os atendimentos nas Delegacias de Defesa da Mulher somam 56% dos casos e os realizados em Delegacias Participativas correspondem 44%. Das mulheres atendidas 59% eram casadas ou viviam em união consensual e 41% eram solteiras. Quanto a faixa etária 3% tinha até 12 anos, 7% de 13 à 18 anos, 14% de 19 à 25 anos, 45% de 26 à 40 anos, 27% de 41 à 60 anos, e 4% acima de 60 anos.

II. Dados Relativos às Queixas Apresentadas Pela Clientela Estudada

As queixas apresentadas foram distribuídas em categorias de análise, as quais foram criadas com base na leitura dos prontuários dos atendimentos. O modelo de

categorização de indicadores teve como base a proposta de Danna e Matos (1999). É necessário destacar que um caso atendido pôde abarcar mais de uma queixa e, deste modo, mediante a esta população de 102 mulheres, foram categorizadas 126 queixas, conforme Tabela 1.

Esta tabela 1 permite identificar que a queixa mais freqüente diz respeito à violência conjugal (40%), seguida da dificuldade de relacionamento familiar (17%) e violência sexual (9%).

Tabela 1_ Freqüência das queixas apresentadas pela amostra.

Categoria	**N**	**%**
Violência Conjugal	50	40%
Dificuldade de relacionamento familiar	22	17%
Violência Sexual	11	9%
Queixa Psiquiátricas	11	9%
Dificuldade de relacionamento entre vizinhos	9	7%
Violência cometida por outros (estranhos)	8	6%
Violência de pais contra filhos	4	3%
Violência cometida por aparentados	4	3%
Violência de filhos contra pais	2	2%
Queixas relacionadas ao uso de drogas	3	2%
Outras Queixas	2	2%
TOTAL	126	100%

Destacam-se ainda nessa mesma (tabela 1) as queixas psiquiátricas (9%) e de

dificuldade de relacionamento entre vizinhos (7%), que se sobressaem às queixas de outros tipos de violência, como, por exemplo, a queixa de violência de pais contra filhos (3%).

Esses dados referentes aos conflitos entre vizinhos podem ser equiparados aos dizeres de Silva, Coelho e Caproni (2007) sobre o fato de que as manifestações da violência acontecem de modo silencioso e progridem em intensidade, freqüência e conseqüências, partindo do desrespeito da liberdade individual da vítima (como no caso das dificuldades de relacionamento familiar ou entre vizinhos) até chegar à humilhação e constrangimento e, possivelmente, à agressão física. Por outro lado sobre os distúrbios psiquiátricos, foram verificados que grande parte associa-se também à violência (não só familiar, mas aqueles acontecimentos violentos nas ruas, ou mesmo aqueles casos em que a pessoa não tem onde buscar recursos e surge nas delegacias por ser informada que lá existe uma equipe de psicólogos para atender a população). Essas queixas e ocorrências precisam ser melhor investigadas, tendo em vista que também podem denunciar um sistema de saúde sobrecarregado, sem condições de suportar a demanda em saúde mental nessas regiões.

Em relação aos conteúdos da queixas, é importante destacar que as categorias de análise foram subdivididas em indicadores conforme a queixa apresentada. A Tabela 2 apresenta os indicadores que compõem essas categorias.

Tabela 2 _ Indicadores conforme categoria de análise.

Categoria	**Indicadores**	%
Violência Conjugal (n=50)	agressão física pelo parceiro	34%
	ameaça de morte e agressão pelo parceiro(a)	24%
	agressão moral por parte do parceiro	24%
	agressão física e moral por parte do ex-parceiro	18%

Dificuldade de relacionamento familiar (n=22)	dificuldade no relacionamento entre pais e filhos	23%
	dificuldade de relacionamento entre aparentados	18%
	dificuldade no relacionamento conjugal	13%
	desavenças (brigas) com ex-parceiro por causa dos filhos	13%
	dificuldade de relacionamento entre irmãos	9%
	desavenças (brigas) com parceiro por causa dos filhos	9%
	dificuldade de relacionamento entre ex-parceiros	5%
	desavenças (brigas) entre familiares por bens	5%
	abandono de lar por parceiro	5%
Violência Sexual (n=11)	por parte de parentes	18%
	por parte de conhecidos	18%
	por parte de estranhos	27%
	assédio sexual por parte de parceiro	27%
	por parte de padrasto/madrasta	9%
Queixa Psiquiátricas (n=11)	pessoas sob delírios e alucinações	64%
	outras queixas psiquiátricas	27%
	familiar de paciente psiquiátrico	9%
Dificuldade de relacionamento entre vizinhos (n=09)	dificuldade de convivência entre vizinhos	78%
	interferência de vizinhos na vida pessoal do usuário	22%
Violência cometida por	ameaça de agressão por parte de terceiros	37%

outros (estranhos) (n=08)	agressão física por parte de terceiros	37%
	Assalto	26%
Violência de pais contra filhos (n=04)	agressão física por parte dos pais	75%
	agressão física por parte do padrasto/madrasta	25%
Violência cometida por aparentados (n=04)	agressão física por parte de parentes	75%
	agressão moral e ameaça de agressão física por parte de parentes	25%
Violência de filhos contra pais (n=02)	agressão física de filhos contra pais	100%
Queixas relacionadas ao uso de drogas (n=03)	parente de pessoa dependente de álcool/drogas ilícita	66%
	usuário apresenta dependência de álcool/drogas ilícita	34%
Outras Queixas (n=02)	Queixa sobre falecimento de familiar.	100%

A partir desta tabela destacam-se os dois tipos mais freqüentes de queixas e se observam os seus indicadores, o que permite melhor compreensão do tipo de queixa. Na amostra estudada fica evidente que a grande maioria das queixas (40%) está relacionada à violência conjugal, sendo que destas 34% refere-se à agressão física pelo parceiro, seguidas de ameaça de morte e agressão física pelo parceiro e agressão moral por parte do parceiro (24% em ambos os casos) e 18% relaciona-se à agressão física e moral por parte do ex-parceiro. O fato de a violência física ser a mais freqüente pode ser entendido pelo círculo vicioso criado pelos casais que produzem um cotidiano cada vez mais violento, multiplicando e intensificando os conflitos, assim como descreve Jacobucci e Cabral (2004). Adamo (1999) concorda com estas autoras e acrescenta que a violência no âmbito familiar é mantida e recriada a partir de alguns artifícios utilizados

por quem a pratica para não reconhecê-la e, não sendo reconhecida, a violência se torna uma espécie de estratégia de sobrevivência, como se fosse um benefício para quem a sofre ou para a humanidade. Assim vemos que, mesmo vivenciando um ambiente familiar violento, as pessoas que apresentam este tipo de queixa permanecem nele.

Em relação à categoria “dificuldade de relacionamento familiar”, 23% das queixas diz respeito à dificuldades no relacionamento entre pais e filhos, seguido de dificuldades no relacionamento entre aparentados (18%) , dificuldades no relacionamento conjugal (13%) e dificuldades com ex-parceiros por causa dos filhos (13%). Considerando que neste estudo são estudadas queixas de mulheres, percebe-se que são elas que saem em busca de auxílio para dificuldades no relacionamento conjugal, no relacionamento entre pais e filhos, entre irmãos, ou brigas entre familiares por bens ou por doenças. Esses resultados também são similares aos estudos que indicam que as buscas por ajuda e que partem de mulheres são predominantemente por violência conjugal entre outros tipos de violência (VIZZOTTO; HELENO; ARIAS; BONFIM, 2007, 2008; DAY *et al*., 2003; DESLANDES, *et al.*, 2000; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; JACOBUCCI, 2004 a.; 4004 b.).

Assim, podemos dizer que a violência de gênero é dependente dos contextos culturais, das práticas amorosas ou dos relacionamentos, determinando que este termo diz respeito à violência dirigida especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres.

Este tipo de violência emerge como questão social e tem alcançado uma grande representação, segundo Kronbauer e Meneghel (2005). Essas mesmas autoras destacam que violência de gênero é vista em diferentes sociedades e estudos a relatam com valores entre 20 e 75% de incidência; tem sido a sexta causa de perda de anos de vida devido à morte ou incapacidade física de mulheres entre 15 e 44 anos.

CONCLUSÃO

A partir da experiência dos psicólogos nos plantões em delegacias especiais brasileiras houve oportunidade de se estudar o perfil dessa clientela, incluindo além de dados sócio-demográficos, o tipo de queixa para assim compreender melhor o fenômeno da violência, principalmente, no que diz respeito a violência de gênero.

No entanto, é possível concluir que, para um estudo mais aprofundado e para um trabalho mais efetivo da Psicologia e seus plantões em delegacias, é necessário investigar a natureza da violência, a resposta da clientela ao tipo de atendimento, bem como a sua eficácia, além de indicativos para modelos mais adequados de estratégias preventivas.

REFERÊNCIAS

ADAMO, V.L.C. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciência e saúde coletiva.* v.4, n.1, 1999. Acessado em Abril, 2007, de www.scielo.br.

BARTZ, B. *Plantão psicológico: atendimento criativo à demanda de emergência.* (2006, dezembro) Acessado em dezembro, 2007 de www.aetern.us.

BELAS, J. L. *Plantão psicológico.* 1998. Acessado em janeiro, 2008 de www.fafich.ufmg.br/plantao.

DANNA, M.F., MATOS, M. A. *Ensinando a observação: uma introdução* (4 ed.) São Paulo: Edicon, 1999.

DAY, V. P.; TELLES, L.E. DE B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOS, R.G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*. v.25, n. 1. 2003. Acessado em dezembro, 2007 de www.scielo.br.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.,; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidas em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. n. 16, p. 129-137, 2000. Acessado abril, 2007 de www.scielo.br.

JACOBUCCI, P.G. *Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantém vínculo conjugal após terem sofrido agressões*. (172 f). Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Acessado em janeiro, 2008 www.scielo.br. , 2004 a.

JACOBUCCI, P. G.; CABRAL, M. A. A. Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.26, n. 3. Acessado em abril, 2007 de www.scielo.br., 2004 b.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de saúde Pública*. v.39, n. 5, 2005. Acessado em abril, 2007 de www.scielo.br.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JUNIOR., N.J. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento.* (2ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, L.L.; COELHO, E. B. S.; CAPRONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência

psicológica como condição da violência doméstica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v.11, n.21, 93-103p, 2007. Acessado em maio, 2007 de www.scielo.com.br.

VIZZOTTO, M.M.; HELENO, M.G.V.; BONFIM, T.E.; ARIAS, G.S. Sufrimiento y adaptación: un análisis de las denuncuas de la violencia, considerando las relaciones entre parejas. *Congresso Nacional de Psicodiagnóstico ADEIP*, Jujuy, Argentina, 2007

VIZZOTTO, M.M.; HELENO, M.G.V.; ARIAS, G.S.; BONFIM, T.E. Plantão psicológico: características dos atendimentos imediatos em delegacias da mulher e as técnicas de intervenção utilizadas com crianças e adultos. *Actas do Congresso de Psicologia da Saúde.* Porto, Portugal, 2008.

PROTOCOLO

GRUPO VIOLÊNCIA: INFORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO[106] (Coimbra- PORTUGAL)

[106]O GRUPO VIII, formalmente constituída em 2002, integra actualmente as seguintes instituições do Distrito de Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro; Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra; Centro Hospitalar de Coimbra (Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico; Serviço de Urgência do Hospital Geral);Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC); Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal; Departamento de Investigação e Acção Penal (DIAP) - Coimbra; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC); Fundação Bissaya Barreto; Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra - APAV; Guarda Nacional Republicana - Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - Coimbra; Polícia de Segurança Pública - Coimbra.

REDE DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA – BUTANTÃ E ZONA LESTA (S. Paulo – BRASIL)

.

Preâmbulo

O século vinte será lembrado como um século marcado pela violência. Numa escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade (…) oprime-nos com o seu legado de destruição em massa, de violência imposta (…) Menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, das mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, das pessoas idosas maltratadas pelos cuidadores, dos jovens oprimidos por outros jovens e das pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias (Nelson Mandela, OMS 2002)

A violência não deixa incólume nenhum continente, nenhum país, e apenas algumas poucas comunidades conseguem escapar a ela. Mas, mesmo estando presente em todos os lugares, a violência não é parte inevitável da condição humana, nem tão pouco um problema intratável da "vida moderna", que não possa ser superado pela determinação e engenho do ser humano (OMS, 2002).

A Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde (Resolução WHA49.25) declarou a violência como um problema importante e crescente de saúde pública, no mundo, com sérias consequências ao nível da saúde e qualidade de vida — a curto e a longo prazo – para indivíduos, famílias, comunidades e países. Importa registar que diferentes tipos de violência partilham factores de risco e estratégias de prevenção comuns.

Nas situações associadas à violência, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) salienta que “Na maioria das sociedades modernas, até há bempouco tempo a responsabilidade de remediar ouconter a violência recaía sobre o sistema judicial, apolícia... e, em alguns casos,sobre as forças armadas. Ao sector da saúde (...) foi relegado o papel de

prestarassistência (…) quando as vítimas deviolência procuravam tratamento". Segundo o mesmo documento da OMS, "o sector da saúde tem potencial para adoptar um papel muito mais proactivo na prevenção contra a violência - preferencialmente, em cooperação com outros sectores (…) chegou a hora de uma acção mais decisiva e coordenada (...). Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do sector de saúde".

A nível nacional e internacional, várias medidas têm vindo a ser definidas no combate à violência.

No âmbito da União Europeia, a erradicação de todas as formas de violência corresponde a uma das áreas prioritárias constantes da Estratégia Europeia para a Igualdade entre Homens e Mulheres para o período 2010-2015.

Em Portugal, a par das actividades desenvolvidas no âmbito dos Planos Nacionais Contra a Violência Doméstica, é de registar, entre outras estratégias, a criação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, a implementação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (Cuidados de Saúde Primários e Hospitais) e a intervenção junto dos públicos mais vulneráveis no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

Em Coimbra, nasce formalmente em 2002 o "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção", rede secundária não formal, assente em profissionais de formações específicas diversificadas, oriundos de vários sectores (Saúde, Justiça, Forças de Segurança, Social, Escola...). Esta rede, assumindo um relacionamento pessoal e inter-institucional, pautado por uma comunicação afectiva e efectiva, tem permitido, ao longo destes anos elaborar espaços de suporte colectivo e de reforço mútuo, partilhar recursos, descobrir soluções para as dificuldades comuns, criar respostas mais adaptadas à realidade das necessidades específicas impostas pelos subsistemas em crise e definir e implementar estratégias que visam fundamentalmente poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida de quem sofre. Colocando no momento actual o enfoque na violência familiar/ entre parceiros íntimos,

previlegia ao nível da organização de cuidados o trabalho em rede e promove no dia-a-dia a implementação de estratégias com vista à prevenção primária, secundária e terciária da violência.

A Rede..... S. Paulo - BRASIL...

Existem varias Redes em São Paulo , presentes nessa Jornada duas delas: Butantã (Raposo Tavares) e da Zonza Leste.

Muitos trabalhos vem send realizados em nossa cidade e em nosso Estado (e em outros), em todas as áreas: saude , escola, justiça e hospitas.

A Universidade de SãoPaulo é parceira dessa duas presentes no evento, sendo uma em cada região da Cidade, onde existem dois campi dessa que é a maior Universidade brasileira.

A tecnologia de comunicações, facilitando a criação de redes em vários campos, a troca de informações e ideias, é um veículo comunicacional crucial — para a partilha do conhecimento e saber — para o progresso futuro.

Tendo em conta o anteriormente referido, importa pois investir no desenvolvimento de plataformas que facilitem o encontro entre investigadores e profissionais no terreno, em vários países, visando fomentar a criação de projectos comuns, que possam contribuir para reforçar no âmbito da violência interpessoal, com especial enfoque na violência familiar/ entre parceiros íntimos:

- atroca de informações relacionadas com a prevenção primária, secundária e terciária da violência, previligiando ao nível da intervenção uma perspectiva multidisciplinar, multisectorial e de trabalho em rede;
- a importância de integrar a prevenção contra a violência nas políticas sociais e educacionais.

Representando a violência um problema de saúde pública importa também investir na definição de estratégias com vista à melhoria da capacidade de colecta de dados e na definição de prioridades relativamente à investigação associada às causas, consequências, custos e prevenção da violência.

Tendo em conta o anteriormente referenciado e a vontade, empenho e disponibilidade dos proponentes deste acordo em dar o seu contributo na defesa dos cidadãos mais vulneráveis das nossas comunidades — com vista à construção de um mundo que pretendemos com paz, justiça e prosperiedade para todos — surge o presente protocolo.

Objectivo

É objectivo do presente protocolo, reforçar a prevenção da violência interpessoal (OMS, 2002), com especial enfoque na violência familiar/ entre parceiros íntimos, e contribuir para a implementação de uma perspectiva multidisciplinar, multissectorial e de trabalho em rede, na organização dos cuidados nesta área.

Compromisso de boas práticas

Com o presente acordo de cooperação, pretende-se estabelecer entre o Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção, a Rede.....de S. Paulo Brasil, ...uma estreita articulação, visando contribuir para a eliminação da violência familiar/ entre parceiros íntimos.

São obrigações das organizações cooperantes:

Obrigações das redes que integram este protocolo

1. Troca regular de informação, considerada relevante pelas partes, e divulgaçãodas iniciativas de cada uma delas.

2. Agilização do acesso, dos elementos que integram cada uma das redes, às iniciativas de cada uma das organizações.
3. Colaboração na promoção e na prossecução de iniciativas conjuntas e de acções concertadas, na área objecto do acordo, incluindo o “encontro” mensal (via internet) entre as várias redes, a decorrer (dia do mês / hora) das ____ às _____
4. Edição/ publicação conjunta (periodicidade semestral), do “material” produzido nos eventos referenciados no ponto anterior.

Vigência

O presente acordo entra em vigor no primeiro dia útil seguinte à data da sua celebração. Tem a duração de um ano, sendo sucessiva e automaticamente prorrogado por iguais períodos se nenhuma das entidades o denunciar com antecedência mínima de sessenta dias, podendo a todo o tempo ser revisto por consenso entre as entidades signatárias.

Plano Estratégico

A definição de um Plano Estratégico com as actividades concretas a realizar no âmbito deste acordo, bem como as respectivas obrigações de cada uma das entidades, deverá ser definido conjunta e anualmente.

P´lo *Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção*, em S. Paulo - Brasil

_____

Dr. Jose Guilherme Queiroz de Ataíde

DD Consul Geral de Portugal em São Paulo

´LA .....

LISTA DE AUTORES

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo- Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP (graduação e pós graduação). Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR. Docente supervisora do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP. Bolsista Produtividade do CNPq. Email: tardivo@usp.br; site: www.leilatardivo.com.br

Acary Souza Bulle Oliveira- neurologista, fundador da ABRELA - Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica - UNIFESP/EPM. email: dirce@neuro.epm.br *Adriana Santos Andres* -[1] Graduanda em Psicologia da FTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências/Vitória da Conquista-Ba.

Alberto Olavo Advíncula Reis - Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Aline Hellen de Carvalho

Aline Moreira da Silva Tafner –Psicóloga, Mestranda junto ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR emailne_tafner@yahoo.com.br

Amanda Maramaldo Vieira - Graduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR

Ana Carolina de Souza Morelli - email:carolmorelli@live.com

Ana Júlia Fernandes- raduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR

Ana Luiza de Figueiredo Steiner : Psicóloga, mestre pelo Dep Psicologia Clinica do IPUSP, pesquisadora e colaboradora do APOIAR, EMAIL: steinfigueiredo@hotmail.com

Ana Luiza Roncati - raduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR

Andelita Pereira - Estudante do último ano do curso de Psicologia- ITES- Instituição Taquaritinguense de Ensino Superior- SP. Email de contato com a autora: andelitapereira@yahoo.com.br

Andréa Carvalho Silva - Estudante do 5º ano do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. Email: andrea_carvalhos@hotmail.com;

Andrea Chang - Graduanda em Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR - andreamichang@hotmail.com

Andrea Soutto Mayor; Universidade Severino Sombra

Angélica Mouzinho Medeiros (FESURV - Universidade de Rio Verde – Faculdade de Psicologia)-[1]Bacharel em psicologia pela Universidade de Rio Verde. E-*mail* de contato com a autora: angelmouzinho@hotmail.com

Anieli Rodrigues de Oliveira- Graduanda em Pedagogia – Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior " Dr. Aristides de Carvalho Scholobach" (ITES) . E-mail de contato da autora: aniflower500@hotmail.com

Antonio Geraldo de Abreu Filho, psicólogo, mestre pelo IPUSP, doutor pela UNIFESP/EPM, pesquisador do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social - APOIAR/USP, docente do Instituto Sedes Sapientiae e do CEP - Centro de Estudos Psicanalíticos. anbeot@uol.com.br

Beatriz Borges Brambilla- Psicóloga, mestranda em Psicologia da Saúde, pesquisadora do APOIAR.

Caio Mantese de Souza - Graduando de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisador do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR - email: cmantese@yahoo.com.br

Carolina Navarro Medel- Psicóloga (Mag.). Académica Departamento de Psicología, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Chile. Email: carola@alv.cl

Caroline Aparecida Vartuli da Silva-[1] Psicóloga. Especialista em Análise do Comportamento pelo Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento. E-*mail* : psicoeros@hotmail.com

Cecília Melo- Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Christiani Martins Rodrigues Tironi- Psicóloga. Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Projeto APOIAR, na Área de Violência.

Claudia Aranha Gil - Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Pesquisadora do APOIAR - Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. Professora do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. email: claudiaagil@uol.com.br

Claudia Cipriano Lima – Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil, Centro de Valorização da Vida Francisca Julia- R. Humaitá, 496-Centro São José dos Campos/SP. Fone: 3942-2259- email:claudia_cipriano@ig.com.br

Claudia Helena de Araujo Zogheib – Psicóloga- Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR

Cleide Almeida de Alencar Soranso – Assistente Social, Gerente da Unidade Básica Vila Cisper com estratégia Saúde da Família – parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. São Paulo. Pesquisadora Voluntária

Cristina Fukumori Watarai- Mestranda em Psicologia do PPG UNESP-Assis

Dalka Ferrari - Coordenador do CNRVV – Sedes Sapientiae – email:cnrvv@sedes.org.br

Daniela Adachi Guimarães- Graduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR

Denir Camargo de Freitas – Mestre pelo Instituo de Psicologia da USP, Professora da Universidade Bandeirante de São Paulo, São Bernardo do Campo . Email: decafrei@uol.com.br

Dora Mariela Salcedo Barrientos. 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) Brasil. dorabarrientos@usp.br http://www.mulheresaude.com.br/

Edilson Guarnieri Junior- Graduando em Psicologia pela PUC-Campinas.

Eliane Cosmo de Moura – Estudante do 5º ano do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu . Email eliane_cdm@hotmail.com

Elisa Carneiro - Pedagoga e Psicopedagoga pela Universidade Camilo Castelo Branco.

Elisa Corbett - Psicóloga pelo IPUSP. Mestre e doutoranda em Psicologia pela PUC-Campinas.

Elisa Salles Fernandes- Graduanda em Psicologia pela PUCCAMP, bolsista PIBIC/CNPq.

Elisabeth Meloni Vieira

Elizângela de Morais Santos Macário-[1] Graduanda em Psicologia da FTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências/Vitória da Conquista-Ba

Emiko Yoshikawa Egry. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (FSP/USP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Líder do Grupo de Pesquisa Bases conceituais e metodológicas da enfermagem em saúde coletiva São Paulo. Brasil.

Ester Santiago Duarte Carqueijeiro Antunes : eesdca@uol.com.br

Evelin Saffiotti

Fabiana Follador e Ambrosio- Doutoranda em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUCCAMP, bolsista CNPq; Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP; Pesquisadora do grupo de pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção” da PUCCAMP.

Fabio Riemenschneider- Doutorando em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUCCAMP, bolsista CAPES; Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP; Pesquisador do grupo de pesquisa “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção” da PUCCAMP.

Fernanda Garbelini De Ferrante (fernandadeferrante@hotmail.com) Psicóloga. Mestre em Ciências Médicas (FMRP-USP)

Franciele Maria de Lima- do Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil, Centro de Valorização da Vida Francisca Julia- R. Humaitá, 496-Centro São José dos Campos/SP. Fone: 3942-2259 email: francielelim@yahoo.com.br

Giovana Jafelice - Graduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR - gi_jafelice@yahoo.com.br

Gisele Santos de Souza – Estudante do 5 ano de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. Email: giza.souza@gmail.com

Gislaine Martins Ricardo Passarini- Psicóloga, Mestranda junto ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR email: gislainepassarini@usp.br

Gleise S. Arias- Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Helga Cristina de Almeida Silva-, neurologista, responsável pelo setor de Hipertermia Malígna - UNIFESP/EPM, ex presidente da ABRELA - Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica - UNIFESP/EPM. halsilva@uol.com.br

Ida Janete Rodrigues- Psicóloga e Psicopedagoga. Mestre em distúrbios do desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Ex- Membro da Equipe Multidisciplinar do Centro de Diagnóstico da Apae-SP, Professora de pós graduação da Universidade Camilo Castelo Branco e Doutora pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). E-*mail*a: idajanete@hotmail.com

Isabel G. Lopes Schvartzaid - Psicóloga e Pesquisadora do Projeto APOIAR

Isaias Pereira de Souza- Diretor Regional de Educação- São Miguel email: isaiassouza@PREFEITURA.SP.GOV.BR

Isana Marília Ribeiro- Isana Marília Ribeiro- Psicóloga - Vinculada à rede de Atendimento do Centro De Estudos Psicanalícos email: isana.ribeiro@uol.com.br

Ivonise Fernandes da Motta – Psicóloga Professora Doutora do Departamento de Psicologia Clinica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora do, LAPECRI, Rua Guarará, 153 apto. 82 - CEP: 01425-001 - São Paulo – SP – Brasil
Telefones: 55-11-3887-6867 ou 55-11-3887-1516 ou mobile 55-11-9996-6868
ivonise1814@terra.com.br ou lapecri@usp.br

Izildinha Barosi Souza – Coordenação do Serviço.Social/Humanização/Ouvidoria do Hosital Municipal e Maternidade Professor Mario Degni – 3768-4900 ramal 224 ou 270 . Email: ibsouza@PREFEITURA.SP.GOV.BR

Jehmy Katianne Walendorff - Historiadora formada pela Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná – UNIOESTE, Graduanda em Administração pela Faculdade Luterana Rui Barbosa – FALURB, E-mail :jehmyk@gmail.com

Jessica Silva do Nascimento. Discente do 3º ano do curso de obstetrícia da EACH-USP. Integrante do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP), Pesquisadora

João Redondo- Médico Psiquiatra, Coordenador do Serviço de Violência Familiar - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. Director de Psicodrama Moreniano. Supervisor da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Membro co-fundador do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção (www.violencia.online.pt), Membro co-fundador do Grupo Violência e Escola: um projecto para o Concelho de Coimbra

(http://grupoviolenciaeescola.blogspot.com). A correspondência relativa a este texto poderá ser endereçada para o correio electrónico armejoao@gmail.com

José Tolentino Rosa – Psicólogo Professor Doutor do Departamento de Psicologia Clinica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, supervisor colaborador do APOIAR, email josetolentinorosa@me.com

Juliana Meirelles de Lima;

Juliana Rodrigues- Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Karina Alessandra Fattori - Estudante de graduação do Instituto de Psicologia da USP - karina.fattori@usp.br

Karina Rodrigues Blanez - Estudantes do 5º ano do curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. Email: karinblan77@hotmail.com

Karina Simões Parente Especialista em Psicopatologia e Pesquisadora do Projeto APOIAR
;
Kátia Regina Beal Rodrigues (UFU)-Psicóloga - CRP 09/5096. Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Comportamental-Cognitiva pela UFU – Universidade Federal de Uberlândia – MG. E-mail de contato com a autora: katiabeal@gmail.com;

Katia Wanderley - Doutora pelo Instituto de Psicologia da USP, Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie, Psicóloga Chefe da Divisão de Psicologa do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
;

Katiane H. Fukamashi Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

.

Kayoko Yamamoto- Psicólogo Professor Doutor do Departamento de Psicologia Clinica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP supervisor colaborador do APOIAR, email kayamato@terra.com.br

Kiara Elaine Santos da Silva- Pedagoga e Psicopedagoga pela Universidade Camilo Castelo Branco. Professora atuante na área da Educação do Ensino Fundamental I. E-*mail* de contato com a autora: kije@ig.com.br

Laura Carmilo Granado – Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP, professora de Psicologia em cursos de graduação e pós-graduação e assessora pela FAPESP de um projeto de Políticas Públicas da FEUSP, membro do APOIAR EMAIL lauracgranado@gmail.com

Leliane Maria Aparecida Gliosce Moreira- Psicóloga, Professora d UNIP,, membro do LAPECRI do Departamento de Psicologia Clinica do IPUSP. Email: lelianemoreira@unip.br

Lídia Rodrigues Schwarz – Psicóloga, Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Professora da Universidade Metodista de São Paulo ,supervisora colaboradora do APOIAR

Livia Soledade de Moraes Rego , Graduanda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica CNPq-RUSP.

Lucas Charafeddine Bulamah,

Luci Ana Pontes Leite

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams - Professora Titular ,Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia, LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência)

Lucilena Vagostello - Professora da Universidade São Judas Tadeu, doutora em Psicologia Clínica pela USP, psicóloga do Tribunal de Justiça de São Paulo, e pesquisadora do APOIAR email: vagostello@yhaoo.com.br

Luise Borçonaro Iazeta- Aluna do 10 termo do Instituto Taquaritinguense De Ensino Superior "Dr. Aristides De Carvalho Schlobach" (ITES). E-*mail* de contato com a autora: luise.iazeta@hotmail.com

Luiz Tadeu Gabriel Filho - Graduando de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisador do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR - Email: ltgf87@hotmail.com

Luiz Urbano Moreira Frazão - Graduando em Psicologia no Instituto de Psicologia da USP. Email: lzfrazao@gmail.com

Manoel Antonio dos Santos –Professor Associado (Livre Docente) do Departamento de Psicologia - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, email: masantos@ffclrp.usp.br

Marcelo Soares da Cruz Marcelo Soares da Cruz, Mestrando do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisador do

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR- Email: - marceloscruz@gmail.com

Márcia Aparecida Isaco de Souza – Membro e Pesquisadora do Laboratório APOIAR na área de Psicoterapia Breve e Entrevistas Iniciais Universidade de São Paulo– Psicóloga da Clínica Psicológica Prof. Dr. Durval Marcondes da Universidade de São Paulo maisacos@usp.br

Maria Cristina Caetano – do Centro de Cidadania de Itaquera

Marcia Cristina Santana Gama

Marco Aurelio Romar Ribeiro. Assistente Social, Pós Graduado em Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes pela FASE- Faculdade de Educação da Serra – Espírito Santo, Servidor Estatutário do DEGASE- Departamento Geral de Ações Socioeducativas - Rio de Janeiro, Extensionista da UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em Violência Contra Crianças – Teoria e Prática. marcoromar@gmail.com

Maria Aparecida M. Colacique- Membro e Pesquisadora do Laboratório Apoiar na área de violência; Doutora em Psicologia Clínica pela USP; Trabalha na Clínica Psicológica Prof. Dr. Durval Marcondes da Universidade de São Paulo .email: mazzante@usp.br.

Maria Cristina Zago Castelli (UNIAnchieta); Orientadora . Psicóloga e Professora do Centro Universitário Padre Anchieta.

Maria das Graças de Souza Graduanda em Psicologia – Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior “ Dr. Aristides de Carvalho Scholobach” (ITES). E-*mail* de contato da autora: maria.g.souza@hotmail.com;

Maria de Fátima Aveiro Colares – Psicóloga, de Ribeirão Preto

Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado – Psicóloga, Doutora em Psicologia ,Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)-email: cintradealmeidaprado@hotmail.com

Maria Estela Escanhoela Amaral Santos – **Maria Estela Escanhoela Amaral Santos**
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - Departamento de Psicologia Clínica – São Paulo – Brasil
Endereço: Rua Traipu, 88 – apto. 81 – CEP: 01235-000 - Pacaembu – São Paulo – Brasil
Telefone: 11-2384-4594 celular: 11- 9607-5558
E-mail: mee.as@hotmail.com ou mariaestela@usp.br
Site: www.lapecri.usp.br

Maria Gerada Heleno – Professora Doutora , Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Maria Luiza Lourenço Bacharel em Biblioteconomia pela Faculdade de Biblioteconomia e Ciência da Informação da FESPSP. Bibliotecária no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.E-*mail* da autora principal: malouren@usp.br

Maria Sandra Santana da Silva Ribeiro

Maria Suzana Carlsson Ribeiro-Psicóloga colaboradora do Projeto Tutor/Laboratório Apoiar .Graduada em Psicologia,1978, PUCSP. suzanarib@uol.com.br

Maria Tereza de Oliveira – aluna Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP, pesquisadora do APOIAR, email maria.tereza.oli@uol.com.br

Marilia Martins Vizzotto – Doutora pela UNICAMP, Universidade Metodista de São Paulo, Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

email: mariliamartinsvizzotto@gmail.com

Márcia Valeria Pereira -Coordenadora de Abrigos para Mulheres Zona lesta de São Paulo

Mario Martini: psicólogo, diretor do Educandário Dom Duarte. email: . edd@ligasolidaria.org.br

Marli de Oliveira: psicóloga, mestre em psicologia social e coordenadora de projetos sociais. email: marli-oliveira@bol.com.br

Marina Gemma. Discente do 3º ano do curso de obstetrícia da EACH-USP. Integrante do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) Pesquisadora.

Martha Delbuque Pimenta – Rede do Butantã – email: mdpiment@usp.br

Milena Greve - Graduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR email: milena_greve@hotmail.com

Miriam Grajew - Psicóloga Pelo Instituto de Psicologia da USP. Pesquisadora do APOIAR-Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social-IPUSP – email: mgrajew@gmail.com

Monica Solferini Moraes Barros - Psicóloga Clínica Pelo Instituto de Psicologia da USP. Pesquisadora do APOIAR-Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social-IPUSP.E-mail: monicasmbarros@gmail.com

Monique Sayuri Xavier Shiroma -Estudante de Graduacao da Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: moshiroma@gmail.com

Paula Cruz: psicóloga graduada na Universidade Bandeirante de São Paulo, São Bernardo do Campo.

Paula Orchiucci Miura – Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP, Especialista em Violência Doméstica pelo Sedes Sapientiae e Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Psicóloga da Prefeitura Municipal de Arujá. Docente da Faculdade de Arujá. Pesquisadora.

Paulo Moralles Roveri Psicólogo . E-mail:: pauloroveri@hotmail.com

Paulo Moralles Roveri- Psicólogo (CRP 06/ 93537). E-mail de contato com o autor: pauloroveri@hotmail.com;

Rafael Aiello Fernandes- Psicólogo, mestrando junto a PUC de Campinas

Raquel Reis de Paiva - Estudante de graduação do Instituto de Psicologia da USP - raquel.paiva@usp.br

Renata Balieiro Diniz Teixeira – Estudante de Psicologia – estagiária - UNITAU

Renata Machado Ramos- Estudante de Psicologia na UNIP , membro do Projeto Tutor/ AARELA. Email: renata.ramos01@hotmail.com

Ricardo Cezarino- Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail de contato com o autor: ricardocezarino@yahoo.com.br

Rosa Glacy Uchoa Jardim Goldgrub

Rosa Inés Colombo – Psicóloga . Professora Doutora da Universidade de Buenos Aires – UBA, Especialista na área da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Professora convidada jun to ao programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Email: rsnscolombo@gmail.com

Rosa Maria Lopes AFFONSO,- Doutora pelo Instituto de Psicologia da USP, Professora da Universidade Presbiteriana Macknzie e da UNIFMU rosapsiaffonso@yahoo.com.br;

Rosangela Menezes Herbas. Enfermeira. Coordenadora da Unidade de Saúde Parque Boturussu. Integrante do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) Pesquisadora Voluntária.

Rosemeire Aparecida da Silva Especialista em Psicologia Clinica, Pesquisadora do Projeto Apoiar na Área da Violência, email: rosemeire.a.s@uol.com.br

Rosita Barral Santos- Psicóloga, Mestre em psicologia membro do Colegiado de Psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências/ Campus Vitória da Conquista – Bahia.

Sérgio Spezzia-Cirugião Dentista e Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Silvia Lopes de Menezes - Graduanda de Psicologia pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR - slmenez@yahoo.com.br

Sofia Gláucia Gonçalves Dedini - Estudante de Psicologia – estagiária – UNITAU

Sonia Maria da Silva Balão - Psicóloga participante do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social –APOIAR Projeto APOIAR email: sbalao@uol.com.br

Sonia Pineda Vicente - cirurgiã Dentista. Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Mulher no Climatério da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. doutorasonia@hotmail.com

Susana Souza Santos. Discente do 3º ano do curso de obstetrícia da EACH-USP. Integrante do Grupo de Pesquisa “Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal” (EACH-USP) Pesquisadora.

Taisa Cristina Del Vecchio - Graduanda em Psicologia – Instituto Taquaritinguense de Ensino Superior “ Dr. Aristides de Carvalho Scholobach” (ITES) . E-mail de contato da autora: taisavecchio@bol.com.br

Tânia E. Bonfim - Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Tânia Maria José Aiello Vaisberg- Professora Livre Docente pelo Instituto de Psicologia da USP; Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do IPUSP e da PUCCAMP, bolsista produtividade CNPq; Coordenadora da 'Ser e Fazer': Oficinas Psicoterapêuticas de Criação e do NEW - Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

Tania Marques Carregari- Acadêmica do Instituto Taquaritinguense De Ensino Superior "Dr. Aristides De Carvalho Schlobach" (ITES) .E-*mail* de contato com a autora: taniacarregari@hotmail.com

Tereza Elizete Gonçalves: Psicóloga Professora Doutora da UNITAU

Thiago de Almeida-Psicólogo . Mestre pelo Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e doutorando do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Site: www.thiagodealmeida.com.brE-*mail*r: thalmeida@usp.br

Tomiris Forner Barcelos-Mestranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Especialista em Assistência Psicoprofilática em Medicina Fetal.

Valéria Barbieri – Psicóloga, Professora Doutora do Deoartamento de Psicologia da USP de Ribeirão Preto.

Valéria Maria Mosquete da Luz – Aluna do 5 ano de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu. E-mail: valeriamosquete@gmail.com

Vanessa Macedo Dias. Discente do 3º ano do curso de obstetrícia da EACH-USP. Integrante do Grupo de Pesquisa "Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico – puerperal" (EACH-USP) Pesquisadora.

Vanessa P Marcos- Pós Graduação em Psicologia Saúde - Universidade Metodista de São Paulo

Vera da Rocha Resende- Orientadora do PPG UNESP-Assis

Walkiria Cordenonssi Cia Mestranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Yara Malki Doutoranda no IPUSP, membro do APOIAR. Email: yara.malki@terra.com.br

;